

progetto INFERMIERE

ANNO 2012 • N. 2

Tariffa Associazioni senza fini di lucro - Poste Italiane S.p.A
Spedizione in abbonamento postale D. L. 335/2003 conv. in L. 27/02/2004 n. 46 art. 1 comma 2 - DBC Genova
In caso di mancato recapito restituire a: Collegio IPASVI - Via SS. Giacomo e Filippo 19/7 - 4° piano - 16122 GENOVA



Cambiano le regole per iscriversi ai corsi E.C.M.

focus su

***Grande partecipazione al concorso
Rosetta Caldirola, alcuni saggi***

***Concorso
"Le storie che ci piacciono"***



IPASVI

Collegio di Genova
www.genova.ipasvi.it

Direttore Responsabile
Carmelo Gagliano

Vice Direttore
Marisa De Paoli

In Redazione

Gagliano Carmelo, De Paoli Marisa,
Tibaldi Laura, Vivaldi Ezio,
Biasotti Antonella Marina,
Canepa Maurizio, Chiesa Stefano,
Crepaldi Bruna, Del Papa Marcello,
Federico Luigi, Fiorenza Antonio,
Profumo Paola, Porcu M. Assunta,
Ruggiero Salvatore, Serpico Stella

Impaginazione e stampa
Ennegi s.a.s. - Genova

Redazione e Ufficio stampa

Via SS. Giacomo e Filippo 19/7
4° piano
16122 Genova
Tel. 010.590611
Fax 010.591298
www.genova.ipasvi.it
e-mail: ipasvige@genova.ipasvi.it

**La riproduzione e la stampa,
anche parziale di articoli
e immagini del giornale, sono
formalmente vietate
senza la debita autorizzazione
dell'editore.**

Registrazione Tribunale di Genova
n. 42/91 del 3/12/1991

Hanno collaborato a questo numero:

Chiara Musso, Anna Campostano,
Margherita Spina, Micol Favara,
Teresa Cannavale, Daniela Giovannelli,
Daniela Schenone, Daniele D'Angiolillo
Roberto Sobrino, Salvatore Ruggiero,
Marcello Del Papa, Carmelo Gagliano.



IPASVI

Collegio di Genova

sommario

3 L'editoriale

4 Concorso Rosetta Caldirola 2012

11 Bilancio consuntivo 2011

15 Slalom delle tristezze

18 Inferno eritreo fuggire è d'obbligo

20 Posta elettronica e PEC

**22 Introduzione al corso di meditazione
Sahaja Yoga**

**24 Formazione e organizzazione: un
connubio inscindibile**

27 Le storie che ci piacciono

28 Piano formativo II° semestre 2012

l'editoriale

di Carmelo Gagliano

Parlare oggi di sanità diventa sempre più difficile e complesso...o così vogliono farci credere!

Personalmente non sono un appassionato dei dibattiti roventi che vedono tutti i protagonisti dei talk show assurgere al ruolo di super consulenti tecnici impegnati a sciorinare la "ricetta magica" per risolvere i problemi della sanità. Mi appassionano molto di più le criticità di sistema che continuano a rendere sempre più ampia la forbice tra i bisogni dei cittadini e la capacità delle Aziende Sanitarie di offrire risposte in quanto impegnati esclusivamente a far quadrare i bilanci e senza un minimo di progettualità organizzativa.

In realtà noi che lavoriamo all'interno dei servizi sanitari, sappiamo bene che la vera riforma sarebbe quella di imparare a "spendere meglio": ma attenzione perché **lo slogan "spendere meno"** può diventare demagogia perché non sempre spendere *meno* vuol dire spendere *meglio*, mentre **spendere meglio** in molti casi vuol dire **spendere anche meno**. E qui sta la vera sfida.

Manca la progettualità quando si parla di modelli organizzativi ma non si decide quali scelte operare: e la sola risposta che le Aziende sanno offrire è la revoca "lineare" dei part-time anziché considerarlo uno strumento appropriato per l'organizzazione dei servizi. Per non parlare delle difficoltà che stanno incontrando i nostri colleghi neolaureati nell'affermarsi all'interno di un mondo del lavoro che sappia recepire e valorizzare la competenza e le capacità dei colleghi.

Si continua ad ignorare l'esigenza di coprire almeno in parte il turn over del personale che va in pensione per risparmiare ma nessuno riflette sulla fatica e sui costi "indiretti" che vengono generati in termini di infortuni, malattie e carenze nei servizi erogati alla cittadinanza. Da questa scollatura profonda prendono forma i problemi più delicati quali il contenzioso legale, la medicina difensivistica, la delegittimazione dei medici, i conflitti tra professioni, il ricorso esagerato alle procedure, la sfiducia nella medicina pubblica, la diffidenza nei confronti dell'ospedale, l'ampliarsi delle medicine non convenzionali.

Oggi impegno comune di tutti noi professionisti sanitari deve essere quello di indagare sulle difficoltà che la medicina e la sanità incontrano nel loro rinnovamento e ripensamento. Ormai è chiaro che i vecchi modelli di assistenza, che sono a un tempo modelli di servizi e di professioni, producono elevati costi umani a carico delle persone e maggiori costi economici a carico del sistema. Oggi «conviene» a tutti un pensiero per un cambiamento culturale e organizzativo anche profondo.

Parallelamente, esamina il cambiamento in negativo della figura del dipendente sanitario che diventa suo malgrado sempre più "superdipendente", in particolare i medici. Infine, propone un'azienda sanitaria sui generis nella quale sia gli operatori sanitari nei confronti dei cittadini che l'azienda nei confronti degli operatori sanitari, regolano i loro rapporti attraverso principi di contrattazione, dando così luogo a un particolare "governo sociale" fondato sul valore dell'autonomia e della responsabilità.

In questo numero della rivista troverete il **piano formativo del secondo semestre 2012** per continuare nella tradizione di una offerta formativa sempre più attenta al fabbisogno di noi tutti con la precipua valorizzazione e il contributo di colleghi in veste di docenti pronti a trasmettere i contenuti in modo incisivo ed efficace. Con questo prossimo calendario parte una "mini rivoluzione" nel senso che oltre ai cambiamenti organizzativi per iscriversi, abbiamo realizzato un piano che ha visto l'invio di oltre 40 proposte formative da parte della comunità professionale a conferma dell'attenzione e disponibilità

Un altro importante versante che ci vede coinvolti è il tavolo tecnico che sta procedendo alla **ridefinizione del profilo dell'Infermiere**: è un pasticciccio che non possiamo accettare. La nostra Federazione Nazionale sta facendo di tutto perché vengano apportate le necessarie modifiche ad un documento che rischia di vanificare la crescita della nostra professione in questi ultimi anni, ipotizzando anche il ricorso a forme esplicite di proteste a livello nazionale. E di questo vi terremo informati.

Vi saluto con un sentito e doveroso ringraziamento per l'impegno e la presenza che state offrendo a favore dei cittadini e, insieme a tutti i colleghi del consiglio direttivo rimaniamo a vostra disposizione per ogni eventuale e necessaria collaborazione.

In ultimo, lasciatemi volgere un pensiero alla famiglia di **Riccardo** per la prematura scomparsa di un collega che da sempre è stato un modello di ruolo, di impegno e di umanità a testimoniare come essere Infermiere rappresenti non solo un esercizio tecnico ma soprattutto la capacità di instaurare relazioni e lasciare una traccia di affetto indelebile nella mente e nel cuore. Ciao Riccardo!

Concorso Rosetta Caldirola 2012

*di seguito una sintesi dei lavori presentati durante la
Festa dell'Infermiere del 12 maggio 2012*

Titolo progetto:

La presa in carico infermieristica e il contributo dell'ippoterapia nei problemi di salute neurologici

autore: Chiara Musso

Obiettivo generale/finalità del progetto

Ricordare l'utilità dell'Ippoterapia, quale metodo riabilitativo.

Sottolineare l'importanza dell'assistenza infermieristica all'interno della Terapia con il Mezzo del Cavallo.

Evidenziare la particolare poliedricità dell'infermiere, in quanto capace di mettere in atto il suo agire professionale in ogni contesto assistenziale in cui egli stesso si trova coinvolto.

Esaltare il lavoro di équipe.

Breve descrizione

Definizione del concetto di Presa in Carico Infermieristica e di Riabilitazione. Viene delineata la figura del Care Giver e l'importanza del Case Manager all'interno del Case Management. Viene poi riportato un esempio di PAI.

Introduzione ai Problemi Prioritari di Salute nel mondo per poi mirare più specificamente ai Problemi di Salute Neurologici.

Definizione del termine "Ippoterapia", quando quest'ultima può essere applicata, i suoi benefici e le controindicazioni, e infine la descrizione dell'équipe coinvolta in un progetto, che vede la Terapia con il Mezzo del Cavallo la principale protagonista.

Vengono riportati come esempio quattro CASI STUDIO.

Si può notare l'applicazione dell'ippoterapia a soggetti affetti da disabilità, principalmente patologie neurologiche. I CASI STUDIO hanno riportato tutti risultati positivi, sia a livello neuromotorio, sia a livello neuro-psicologico, e questo si verifica sia negli adulti, sia nei bambini.

Migliorano i tempi di attenzione, la capacità di orientamento e di organizzazione spaziale e la capacità esecutiva. Migliora la capacità espressiva e si verifica una maggiore canalizzazione dell'aggressività. Si registrano inoltre, migliora-

menti sull'allineamento capo - tronco - bacino e quindi sul controllo globale del proprio corpo. È stata evidenziata una maggiore interrelazione tra il soggetto e la sua famiglia.

L'ippoterapia stimola una serie di attività intellettive quali la memoria, la concentrazione, la tranquillità e la sicurezza di sé, oltre che migliorare l'equilibrio e la postura dell'individuo.

La Presa in Carico Infermieristica risulta essere completa ed efficace, soprattutto per quanto concerne l'aspetto relazionale e psicologico del soggetto disabile e della famiglia.

L'infermiere offre assistenza non solo in un contesto prettamente ospedaliero, ma anche al di fuori di esso. Supporto ed aiuto alle varie figure professionali che prendono parte all'ippoterapia.

Si hanno limitazioni in termini di applicazione (es. disturbi convulsivi, osteoporosi, importanti scoliosi, gravi danni alla colonna vertebrale, cardiopatie gravi, ecc.).

Applicabilità/attivazione

Il progetto è già stato applicato e i quattro casi studio, tratti da PubMed, lo dimostrano. La figura dell'infermiere risulta essere un aiuto fondamentale all'interno dell'équipe che esercita la Terapia con il Mezzo del Cavallo.

Titolo progetto:

I Dispositivi di protezione individuale: a che punto siamo?

autore: Anna Campostano

Obiettivo generale/finalità del progetto

Obiettivo del progetto è stato indagare come e perché i dispositivi di protezione individuale vengano scelti ed adoperati dagli infermieri che quotidianamente si trovano a contatto con pazienti ad alto rischio sottoposti a trapianto di cellule staminali emopoietiche per ridurre il rischio infettivo, la consapevolezza delle scelte da loro operate e l'aggiornamento in merito. Lo scopo finale della mia tesi consisteva nel rilevare eventuali criticità nell'utilizzo delle barriere protettive

e provare a ragionare su alcune soluzioni per ridurle, sottolineando e incoraggiando i punti di aderenza evidenziati dal confronto sistematico con le raccomandazioni internazionali.

Breve descrizione

Propedeutica alla ricerca è stata la revisione sistematica della letteratura scientifica da cui ho tratto la motivazione di quanto rilevato, sottolineando la doppia valenza che assumono le barriere di protezione personale: guanti, mascherina, camice nonché comportamenti quali il lavaggio delle mani sono volti alla protezione individuale del professionista ma anche intesi per la tutela del paziente che, privo di difese immunitarie necessita di attenzioni e precauzioni aggiuntive rispetto a quelle standard. Individuati alcuni argomenti specifici riguardanti la prevenzione delle infezioni in pazienti sottoposti a trapianto di cellule staminali - spesso associati a malpractice - ho distinto precauzioni standard e aggiuntive per questa popolazione; ho selezionato le raccomandazioni aventi maggior forza scientifica ed estrapolato le aree di interesse su cui sviluppare il lavoro.

Avendo individuato nel focus group la tecnica più idonea a svolgere l'indagine e scelto il Centro Trapianti di Midollo Osseo dell'azienda ospedaliera san Martino come campione, con la coordinatrice infermieristica ho selezionato 10 infermieri per l'incontro. Ho costruito la griglia dell'intervista ordinando i documenti per tipo e modalità di utilizzo dei dispositivi di protezione e, valutando la forza delle raccomandazioni, ho individuato quelli che potevano essere i punti di maggiore criticità e strutturato le domande basandomi sui comportamenti che mi sembravano maggiormente a rischio. Ho steso una lista di 6 domande aperte, mirate su specifici comportamenti, dando ai partecipanti la possibilità di raccontare la propria esperienza. È seguita la sbobinatura, l'analisi qualitativa e quantitativa e il confronto con le linee guida.

I dati emersi, espressi numericamente, sono stati confrontati con le raccomandazioni internazionali, con le migliori pratiche infermieristiche e presentati sia in forma descrittiva che analitica; è stato così possibile evidenziare alcuni punti di forza ed alcune criticità nelle abitudini degli infermieri intervistati, utili come punto di partenza per studiare alcune proposte pratiche per migliorare l'assistenza e l'aderenza alle raccomandazioni.

Titolo progetto

Il case manager, dal progetto alla realizzazione: l'esperienza del SerT dell'Asl 3 Genovese

Autore e collaborazioni

Gruppo di progetto:

Margherita Spina; Paolo Pedemonte; Monica Candela; Lai Annalisa; Garau Miriam; Maresca Alessandra; Contu Alessandra; Serrano Gisella; Venturini Franca; Apicella Paola; Villa Paola; Pitto Anna; Recagno Nadia; Marchese Sara; Repetto Francesca; Rispoli Marta; Rivera Rosangela; Spinaci Giuseppina; Torsani Antonio

Supervisione del progetto: Alessandro Cataldo; Fabio Bafico; Paola Mossa

Obiettivo generale/finalità del progetto

L'obiettivo del progetto è quello di fornire un servizio maggiormente rispondente ai bisogni dell'utenza attraverso la revisione dell'organizzazione delle prestazioni assistenziali offerte e l'implementazione di un nuovo modello gestionale che risponda ai criteri di efficacia e di efficienza.

Breve descrizione

L'esigenza di adeguare l'offerta dei servizi per gli utenti afferenti al Ser.T. in una logica di personalizzazione dell'assistenza ha reso necessaria l'elaborazione e la successiva implementazione di una metodologia organizzativa basata sulla presa in carico complessiva della persona assistita.

Il progetto, articolato su 5 fasi (pianificazione, formazione, consultazione, attuazione e valutazione), ha lo scopo di implementare la metodologia del case management utilizzando uno strumento che consenta la revisione delle modalità operative di presa in carico e successivo monitoraggio degli outcome dell'utente. Tale strumento permette, attraverso la compilazione di un questionario strutturato in una piattaforma informatica, di identificare le aree di maggiore criticità (sociale, sanitaria, di assistenza di base) che potranno rivelarsi utili nell'assegnazione del caso alla figura professionale più appropriata.

Le funzioni di case manager possono essere svolte dai diversi professionisti dell'equipe anche se si ritiene in letteratura che il ruolo di case manager, come dimostra l'esperienza di numerosi paesi, possa essere svolto dall'infermiere in modo più efficace rispetto ad altri sanitari, perché la sua formazione gli conferisce la capacità di valutare e soddisfare, nel loro complesso, i

bisogni assistenziali del paziente

L'infermiere Case Manager, dopo aver effettuato la valutazione multidimensionale, evidenzia i problemi prioritari di salute del paziente, formula le diagnosi associate e predispone il piano di lavoro appropriato per il singolo utente.

La valutazione del processo può essere effettuata attraverso la comparazione della situazione dell'utente nel momento attuale rispetto alla valutazione iniziale, utilizzando gli stessi strumenti utilizzati nella valutazione iniziale in maniera tale da verificare se l'impostazione pianificata del trattamento si è rivelata appropriata all'esigenze dell'utente e del piano di cura.

La verifica del raggiungimento degli obiettivi sarà effettuata attraverso la valutazione delle ricadute organizzative sulle attività dei servizi, il grado di adesione ai piani terapeutici-assistenziali (riduzione drop-out), di reinserimento dell'utente nel proprio sistema sociale, del contenimento dei costi e della soddisfazione rispetto al servizio offerto.

Un ulteriore risultato atteso è il miglioramento della soddisfazione degli infermieri e del personale afferente alle diverse professioni che potrà essere rilevato attraverso la misurazione dell'indice di turn over, il numero di richieste di trasferimento ad altre strutture e/o Dipartimenti, la rilevazione del tasso di assenteismo e la valutazione del clima organizzativo.

Applicabilità/attivazione

Il progetto al momento attuale è nella fase di implementazione della metodologia nelle varie realtà territoriali del Ser.T genovese.

Titolo progetto

L'importanza della rilevazione della soddisfazione lavorativa del personale infermieristico e di supporto: studio osservazionale e focus group

autore: Micol Favara

Obiettivo generale/finalità del progetto

Il progetto si propone di evidenziare l'importanza della rilevazione della soddisfazione lavorativa del personale infermieristico e di supporto nell'attuale contesto socio-sanitario; contesto in continuo mutamento, a cui segue una costante evoluzione professionale e da cui emerge l'esigenza di operare in un'équipe adeguatamente soddisfatta e motivata al fine di far fronte alle innovazioni e garantire l'eccellenza delle cure.

Breve descrizione

Lo studio osservazionale descritto nell'elaborato è stato condotto presso il Centro di Neuroscienze "Elio Tartarini" dell'Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure, durante il periodo di settembre - ottobre 2009.

L'indagine è finalizzata alla rilevazione del livello di soddisfazione del personale infermieristico e di supporto mediante la somministrazione di un questionario anonimo costituito da una scheda anagrafica e dalla McCloskey-Mueller Satisfaction Scale, strumento validato realizzato nel 1990 per la valutazione della soddisfazione di équipe infermieristiche ospedaliere; tale strumento si compone di 31 items, suddivisi in 8 sottoscale, il cui formato di risposta è una scala Likert a 5 punti dove al punteggio 1 è associato il giudizio "molto insoddisfatto" ed al punteggio 5 il giudizio "molto soddisfatto".

In secondo luogo, lo studio si propone di ricercare soluzioni atte a ridurre, ed eventualmente eliminare, i fattori di maggiore insoddisfazione emersi dall'analisi dei questionari, impiegando la tecnica del focus group semi-strutturato.

I dati ottenuti hanno mostrato un livello di soddisfazione medio del valore di 3,5 considerando come cut-off di scala valori inferiori od uguali a 3.

Dai risultati dell'indagine si evidenzia l'influenza diretta che alcuni fattori, quali il coinvolgimento e la partecipazione del personale alla presa di decisioni, l'aumento del grado di autonomia/responsabilità, l'impiego di modelli assistenziali basati sulla personalizzazione delle cure e l'adozione di un idoneo stile di leadership, esercitano sul livello di soddisfazione lavorativa; inoltre, si evince l'importanza rivestita da quest'ultima nei confronti della pratica clinica sia in termini di qualità dell'assistenza che di soddisfazione dei pazienti.

Applicabilità/attivazione

Ad oggi, lo studio è stato condotto soltanto presso il Centro di Neuroscienze "Elio Tartarini" dell'Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure, ma potrebbe trovare applicabilità anche presso altre Aziende Ospedaliere sia per effettuare un interessante confronto tra i reparti che le costituiscono che per confrontare le diverse Aziende presenti sul territorio, al fine di ricercare soluzioni atte a ridurre il livello di insoddisfazione in ambito sanitario ed a risolvere le eventuali criticità emerse.

Titolo progetto

Costituzione di un Nucleo Operativo Permanente Lesioni Cutanee e Attivazione di un Ambulatorio Specialistico Lesioni Cutanee Complesse

autore: Teresa Cannavale

Obiettivo generale/ finalità del progetto

Gli obiettivi del Nucleo Operativo Permanente Lesioni Cutanee, che avrebbe funzioni di supporto per tutte le problematiche aziendali inerenti le lesioni da decubito, sono i seguenti:

- monitorare incidenza e prevalenza delle le-

- sioni da pressione;
 - sorvegliare, prevenire e curare le lesioni da decubito;
 - correggere comportamenti terapeutici ed assistenziali inadeguati, non basati su evidenze scientifiche;
 - garantire la corretta applicazione, da parte del personale ospedaliero, della procedura di prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito;
 - verificare l'efficacia del protocollo di prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito, anche a fronte dei risultati dei monitoraggi effettuati e degli aggiornamenti bibliografici;
 - valutare in termini di quantità, qualità e caratteristiche tecniche i diversi presidi e ausili antidecubito adeguati al rischio di contrarre lesioni da decubito;
 - utilizzare tutte le tipologie di medicazioni avanzate a disposizione dell'Istituto in modo adeguato ed efficace, per ottimizzarne l'uso;
 - progettare e realizzare un processo di formazione/addestramento sul campo del personale infermieristico e di supporto in tema di lesioni da decubito;
 - organizzare eventi formativi periodici per il personale del Comparto, rivolti a diffondere la cultura dell'attenzione e del governo dei processi relativi alla prevenzione e al trattamento delle lesioni da decubito;
 - istruire i familiari e i pazienti che presentano lesioni cutanee o che sono a rischio di contrarle, sulle modalità di prevenzione e trattamento delle stesse, fornendo loro indicazioni precise e scientifiche in modo che possano valutare autonomamente la qualità dell'assistenza erogata ed eventualmente, ove possibile, metterle in atto a domicilio (continuità di trattamento).
- Gli obiettivi dell'Ambulatorio specialistico Lesioni Cutanee Complesse sono i seguenti:
- valutare il pz. ed il contesto socio-abitativo;
 - diagnosticare l'eziologia della lesione;
 - effettuare attività di medicazione e controllo di tutte le tipologie di lesioni cutanee;
 - effettuare attività di consulenza infermieristica in tutte le UU.OO. di degenza che ne fanno richiesta;
 - fornire assistenza per la corretta acquisizione e/o approvvigionamento di ausili e/o presidi antidecubito;
 - raccogliere accuratamente la documentazione ai fini clinici, amministrativi e di ricerca;
 - collaborazione col territorio (MMG, infermieri ADI, Servizi Sociali);
 - collaborazione bidirezionale con l'IRCCS (ricovero di pazienti critici e presa in carico alla dimissione);
 - creazione e mantenimento dei contatti con i vari specialisti;
 - follow up e prevenzione delle recidive;
 - collaborazione con i care-givers (medico curante, infermiere, badante o parente del

paziente) attraverso un teleconsulto via internet con l'ambulatorio. Infatti, utilizzando una semplice macchina fotografica digitale (anche quella di un cellulare), i care-givers potrebbero inviare via e-mail immagini delle lesioni in trattamento, ricevendo istruzioni sulla medicazione corretta da fare. In questo modo sarebbe attuabile anche curare il paziente a distanza a domicilio, evitandogli frequenti e scomodi spostamenti, qualora si renda possibile.

Il progetto prevede, per la sua attivazione, due fasi:

- 1) Costituzione di un Nucleo Operativo Permanente Lesioni Cutanee in organico al DAPS, composto dagli attuali membri del Gruppo di Lavoro lesioni da decubito, già attivato.
- 2) Attivazione di un Ambulatorio Specialistico Lesioni Cutanee Complesse, con responsabilità medica affidata al Direttore dell'U.O. Clinica Dermatologica e con responsabilità di gestione ed organizzazione di area non medica affidata al Responsabile del Nucleo Operativo Permanente Lesioni Cutanee.

Sede dell'Ambulatorio:

- all'interno della stessa U.O. Clinica Dermatologica (ubicazione presso Pad. Dermatologia Sociale)

Personale afferente all'Ambulatorio Lesioni Cutanee Complesse:

- i componenti infermieristici del Nucleo Operativo Permanente Lesioni Cutanee.

Breve descrizione

Gli anni novanta vedono cambiamenti importanti nella normativa che regola l'esercizio professionale in stretta connessione con la riforma dei percorsi formativi, il disegno del legislatore è chiaro e l'obiettivo è autonomia e responsabilità.

L'innovazione maggiore, apportata dalla Legge 43/2006, quella riguardante l'infermiere specialista possessore del Master di I livello per le funzioni specialistiche rilasciato dall'Università ai sensi del D.M. 509/99. Svolge attività che richiedono un alto grado di esperienza e specializzazione, quali attività didattiche, di staff, di studio, di ricerca.

Durante il mio percorso formativo mi sono chiesta quali potessero essere le opportunità nella mia realtà lavorativa per mettere a frutto le conoscenze acquisite.

Dal 2009 la nascita del Gruppo di lavoro, formato da Rappresentante Dipartimento delle Professioni Sanitarie, Coordinatori e Infermieri che si è occupato di redigere e implementare le procedure di prevenzione e trattamento delle Ldp utilizzando gli strumenti elaborati, nel rispetto delle linee guida internazionali per garantire agli utenti la massima qualità delle prestazioni assistenziali.

A seguito di questa esperienza positiva che ha determinato una riduzione delle Ldp all'interno

dell'ospedale supportata da dati oggettivabili (sono state effettuate indagini di prevalenza e di incidenza) e ha sensibilizzato il personale sanitario su questo tema, sarebbe auspicabile la Costituzione di un Nucleo Operativo permanente Lesioni Cutanee per la sorveglianza la prevenzione e il controllo Lesioni cutanee e la costituzione di un Ambulatorio specialistico lesioni cutanee complesse in quanto fornirebbe al cittadino una continuità di cure anche dopo la dimissione. L'ambulatorio deve essere parte integrante della rete dei servizi ospedalieri e territoriali, costituire una cerniera tra ospedale e territorio, garantire risposte appropriate ai bisogni dei pazienti affetti da lesioni, promuovere processi di autocura, attività di prevenzione ed educazione, operare in stretta connessione funzionale con i MMG e funzionale e/o logistica con la rete dei servizi.

L'ospedale non ha solo un ruolo di erogazione in proprio di prestazioni, ma anche funzione di supporto di altri servizi.

Applicabilità/attivazione

Il progetto è stato applicato in parte presso IRC-CS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino IST Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro.

Titolo progetto:

See & Treat Infermieristico: un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori in Pronto Soccorso - Progetto di sperimentazione

autore: Daniela Giovannelli

Obiettivo generale/finalità del progetto

Valutare la possibilità di trovare una metodologia organizzativa che consenta di "alleggerire" l'overcrowding in cui spesso versano i Pronto Soccorso di moltissime Aziende Ospedaliere. (cosa si propone di innovare, applicare, introdurre ...il progetto...)

Il progetto si propone di:

- ridurre il sovraffollamento nelle sale dedicate all'emergenza
- ridurre numero di persone che si allontanano senza visita
- ridurre i tempi di attesa dei codici minori e, conseguentemente, dei codici a maggior complessità

Breve descrizione

See & Treat: organizzazione che prevede un rapido canale di flusso per i pazienti con "codici minori": un infermiere, adeguatamente formato, è chiamato a risolvere tali problemi che, nella stragrande maggioranza dei casi, hanno necessità di poche o nessuna risorsa diagnostica strumentale.

In particolar modo si evidenziano numerose e vantaggiose opportunità che potrebbero con-

ferire all'organizzazione nuovi stimoli e situazioni incentivanti la persecuzione di quel processo di "continuous improvement of quality of care" che da anni tutti gli operatori della Sanità portano avanti.

Una delle opportunità che, a mio avviso spicca in modo particolare, è la personalizzazione dell'assistenza: la metodica organizzativa See & Treat consentirebbe infatti all'infermiere di effettuare una vera e propria "presa in carico" del paziente dal momento del suo arrivo in P.S. fino al termine della visita quale che sarà il suo esito. Una vera e propria "gestione del caso" nella sua totale interezza sebbene, sin alcuni casi, condivisa con il medico.

Fasi del progetto:

1. Costituzione del Gruppo di Lavoro
2. Analisi della casistica ed individuazione delle patologie da trattare in See & Treat
Analisi della logistica
3. Elaborazione dei protocolli di intervento
4. Identificazione numerica del personale medico ed infermieristico da formare e relativa selezione
5. Revisione dei percorsi formativi idonei per medici e infermieri
6. Costi
Sperimentazione sul campo
7. Adeguata informazione ai cittadini attraverso mass-media locali
8. Definizione dei tempi per la sperimentazione
9. Valutazione della sperimentazione mediante indicatori prescelti
10. Diffusione risultati dello studio

In altre parole:

- paziente al centro
- valore aggiunto
- agevolazione dello scorrimento del flusso dei pazienti
- ricerca del miglioramento continuo
- attese evitabili
- valorizzazione delle risorse umane

E' questa la sfida che le organizzazioni sanitarie in ogni parte del mondo si trovano quotidianamente ad affrontare: si tratta di riuscire ad assicurare un'assistenza di qualità a fronte delle sempre minori risorse a disposizione.

Applicabilità/attivazione

(progetto è stato applicato presso...è in attesa di approvazione....etc)

Questo tipo di organizzazione è già stata sperimentata presso alcune Aziende Ospedaliere della Regione Toscana. Il mio progetto ne prevede una possibile realizzazione presso la struttura nella quale opero: IRCCS A.O.U. San Martino-IST.

Titolo del progetto:**Assistenza domiciliare dei bambini con ventilazione meccanica: proposta attuativa per l'istituzione di un Centro di Riferimento Nazionale****autore: Dott.ssa Daniela Schenone****Obiettivo generale/finalità del progetto**

Il cambiamento che il progetto vuole attuare è nei rapporti tra ospedale e territorio e nell'integrazione tra strutture sanitarie e strutture socio-assistenziali, che determinerà la trasformazione da organizzazioni sanitarie chiuse e autosufficienti a strutture aperte all'interno di una rete di bisogni e di servizi.

Il progetto pone il bambino/assistito e la sua famiglia/caregivers al centro del processo assistenziale, alimentando e favorendo così il processo di comunicazione e collaborazione tra i professionisti e la famiglia stessa, la quale non viene più lasciata da sola ad affrontare la malattia e la sofferenza. Il ruolo della famiglia e del caregiver diviene strategico e devono essere inseriti al centro del processo di cura.

Rendere possibile l'assistenza ventilatoria meccanica a domicilio è un intervento assistenziale molto complesso, ma ogniqualvolta un bambino con insufficienza respiratoria cronica è eleggibile al trasferimento a casa bisogna cercare con ogni mezzo, se pur complesso, di realizzarlo con un risultato che non può essere lasciato all'improvvisazione ma deve essere progettato nei minimi particolari.

La domiciliazione non deve essere vista solo nell'ottica, seppure reale, della riduzione dei costi, che si realizzerebbero nel mantenimento del ricovero in un reparto di terapia intensiva. Ma soprattutto in un intervento mirato e competente in grado di migliorare la qualità di vita del bambino e della famiglia.

Breve descrizione

Il successo della dimissione di un bambino che necessita di ventilazione meccanica passa attraverso un percorso di:

- comunicazione efficace;
- adeguato training;
- appropriatezza delle cure domiciliari;
- accesso facilitato alle cure specialistiche nel caso di emergenza o di rivalutazione.

Quindi diviene necessario analizzare il problema e trovare una soluzione, che potrebbe trovare risposta nell'istituzione di un Centro di riferimento Nazionale (CdRN), per coordinare ed ottimizzare le risposte specifiche e necessarie al problema enunciato.

Il CdRN dovrà essere il nucleo centrale del sistema a rete territoriale, dovrà rispondere ai problemi sopra citati analizzandoli e trovando delle risposte significative.

La svolta necessaria affinché questi genitori con i loro bambini non debbano sentirsi mai più soli è quella di creare un CdRN per patologie rare del

sistema respiratorio, in grado di:

- creare un team esperto che si occupi della problematica;
- formare il personale territoriale e i caregivers/genitori;
- fornire delle linee guida, procedure e protocolli a livello nazionale;
- organizzare "percorsi assistenziali" adeguati a identificare gli aspetti multidimensionali (pratiche sanitarie, amministrative e gestionali anche dei presidi) per garantire un'adeguata e completa assistenza;
- organizzare un'assistenza specializzata;
- predisporre rilevazioni sistematiche di "non conformità" delle pratiche e relative revisioni ed aggiornamenti del sistema;
- creare un sistema documentale sanitario integrato e multidisciplinare.

Il CdRN avrà un modello organizzativo con stile "ad hoc" e come sistema di comunicazione "a rete".

La scelta di questo modello si impone per le particolari caratteristiche del Sistema Sanitario Italiano che ad oggi è organizzato a livello regionale con definizioni di struttura, norme e risultati attesi eterogenei. Sarebbe stato quindi impossibile prevedere una struttura organizzativa classica di "line" a livello centrale.

Il CdRN rappresenta l'organismo centrale di programmazione, verifica e sviluppo dell'intero sistema.

Il prodotto dell'attività del CdRN viene veicolato a livello regionale dal Direttore del CdRN, mediante gli incontri di Comitato Scientifico.

La sezione regionale del CdRN è la struttura deputata ad attuare gli interventi definiti dal CdRN contestualizzandoli nei vincoli organizzativi e normativi della regione di riferimento. L'unicità di intervento è garantita dal referente regionale. La funzione principale della sezione regionale verrà esplicitata nel garantire la formazione del caregiver mediante personale certificato e corsi accreditati dal CdRN. I centri di riferimento ospedalieri prenderanno contatto diretto con il servizio regionale il quale attiverà il programma di presa in carico del paziente. La formazione del caregiver dovrà essere valutata dal personale certificato in base al caso specifico (se bambino con ventilazione meccanica invasiva o se non invasiva) e in base allo stato clinico del paziente. La struttura è quindi tipicamente dinamica e non piramidale. Opera prevalentemente per processi che si differenziano nella contestualizzazione degli ambiti territoriali. Mentre i programmi di presa in carico dei pazienti privilegiano la standardizzazione delle performance attraverso interventi interdisciplinari veicolati mediante le strutture del territorio locale.

L'equipe assistenziale ha la responsabilità di attuare gli interventi secondo le direttive concordate.

Essa è costituita dai ruoli professionali dell'area medica, area infermieristica, area diagnostica,

area riabilitativa e area psico-sociale. Essa garantisce l'intervento sanitario attraverso la modalità della "presa in carico" mediante tutor assistenziale.

Il tutor assistenziale è responsabile della redazione del "piano assistenziale", della documentazione sanitaria e degli strumenti operativi.

L'equipe assistenziale può essere costituita solo in presenza di almeno un membro in possesso della certificazione completa.

Applicabilità/attivazione

L'istituzione del Centro di Riferimento Nazionale (CdRN) ha l'obiettivo di garantire e rendere realizzabile il percorso di domiciliatura attraverso una semplificazione delle pratiche burocratiche, la garanzia di una formazione adeguata alle figure professionali coinvolte nel processo ed inoltre, educare e formare i caregiver per gestire il paziente al domicilio in autonomia ed in sicurezza.

La definizione dei ruoli e delle funzioni necessarie al funzionamento di questo processo rende tracciabili e misurabili i processi di cura consentendo, attraverso una sistematica raccolta dei dati, i necessari meccanismi di elaborazione delle azioni di cura che rappresentano la materia prima della ricerca che è indiscutibilmente il volano per la definizione di nuove soluzioni efficaci ed applicabili.

Quindi si può affermare che la struttura assolve alla domanda assistenziale del bambino affetto da insufficienza respiratoria cronica che necessita di ventilazione meccanica, sottolineando che la proposta si inserisce armonicamente nel sistema salute già esistente e che quindi non comporta la realizzazione di sovrastrutture, ma anzi che tale soluzione agisce come facilitatore del processo di cura.

E' presumibile che il CdRN, una volta avviato, trovi una sua naturale collocazione anche nel contesto europeo per poter favorire, sulla base dei risultati ottenuti, una condivisione e la realizzazione di una rete di interscambio professionale, di crescita e d'innovazioni per rendere sempre più efficaci gli interventi.

Inoltre, il livello europeo potrebbe garantire la disponibilità di nuove risorse economiche in grado di alimentare e rendere sempre più indipendente tale programma.

Concludendo è auspicabile pensare che gli sforzi di tutti gli operatori inseriti in tali contesti possano proiettarsi in un futuro dove ci siano speranze di miglioramento per consentire alle famiglie "disperate" di vivere al meglio e con dignità il loro futuro e quello dei loro piccoli bimbi malati.

Bibliografia

Articoli:

- Wang K., Barnard A., (2004) "Technology dependent children and their families: a review", *Journal of advanced Nursing*, 45,1, Pag.36-46;
- Am J., (2004), "Respiratory Care the patient with Duchenne Muscular Dystrophy. ATS Consensus State-

ment", *Respir. Crit. Care Med.*,1700: 456-465;

- F. Racca, M. Bonati, G. Berta, R. Testa, F. Benini, M. Benedetti, E. Bignamini, M. Maspoli, I. Salvo, M. V., "Long term ventilation of children in Italy: preliminary data from questionnaire survey";

- G. Ottonello, I. Ferrari, I.M. Pirroddi, M.C. Diana, G. Villa, L. Nahum, P. Tuo, A. Moscatelli, G. Silvestri, (2007) "Home mechanical ventilation in children: Retrospective survey of a

- Patricia A. Kuster, Lina K. Badr, Betty L. Chang, Anne K. Wuerker, A. E. Benjamin, (2004), "Factors Influencing Health Promoting Activities of Mothers Caring for Ventilator-Assisted Children", *Journal of Pediatric Nursing*, Vol 19, n°4 (August);

- European Association of Palliative Care (EAPC) Taskforce (2007), "IMPACT: standards for paediatric palliative care in Europe", *European Journal of Palliative Care*, 14: 2-7;

- Department of Health and Children, the Irish Hospice Foundation (Editor), (2007), "A Palliative Care Needs Assessment for Children", Accessed October 22;
- Hynson J.L., Gillis J., Collins J.J., et al., (2003), "The dying child: how is care different?", *Medical Journal of Australia*, 179, S20-S22;

- The Royal Children's Hospital Melbourne, (2007), "How is palliative care different in children?", Accessed Novembre 14;

- Franco A., Carnevale, Eren Alexander, Michael Davis, Janet Rennick and Rita Troini, (2006), "Daily Living With Ventilator-Assisted Children at Home, Distress and Enrichment: The Moral Experience of Families Pediatrics", 117,pp. 48-60;

- Ministero della Salute, (2006), "Cure palliative rivolte al neonato, al bambino e all'adolescente";

- Ministero della salute, (20 marzo 2008), "Linee guida: documento tecnico sulle cure palliative pediatriche", conferenza stato-regioni.

Testi:

- Jean Francois D'Ivernois e Remi Gagnayre, (1995) "Educare il paziente, guida all'approccio medico-terapeutico", Mediserve;

- H. Mintzberg, (1996), "La progettazione dell'organizzazione aziendale", Il Mulino;

- A. Santullo, (2004) "L'infermiere e le innovazioni in sanità", Mc-Hill, seconda edizione, Milano;

- P. Benner, (2003) "L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere", Mc-Hill, Milano;

- C. Calamandrei e C. Orlandi, (2002), "La dirigenza infermieristica", Mc-Hill, Milano;

- L. Benci, (2002), "Le professioni sanitarie, aspetti giuridici, deontologici e medico legali", Mc-Hill, Milano;

- J. A. fain, (2004), "La ricerca infermieristica", Mc-Hill, Milano.

- Daniela Schenone (2010) "Assistenza domiciliare dei bambini con ventilazione meccanica: proposta attuativa per l'Istituzione di un Centro di riferimento Nazionale", Relatore Dott. Antonio Fasciolo, Master di II livello in Dirigenza e Docenza in Tecniche Diagnostiche e Professioni Sanitarie, Università la Sapienza di Roma, Facoltà di Medicina e Chirurgia;

- Daniela Schenone (2009) "Educazione terapeutica del caregiver del bambino affetto da insufficienza respiratoria cronica in ventilazione meccanica domiciliare: sperimentazione di una metodologia di addestramento" Relatore Dott.ssa Loredana Sasso, Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Università degli Studi di Genova, Facoltà Medicina e Chirurgia.

Bilancio consuntivo anno 2011

CONTO DEL BILANCIO - RENDICONTO FINANZIARIO GESTIONALE**ENTRATE**

GESTIONE DI COMPETENZA								
TITOLO I	- ENTRATE CORRENTI	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE			SCOSTAMENTO
		INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	ACCERTATE	INCASSATE	DA INCASSARE	
ENTRATE	CONTRIBUTIVE							
QUOTE	ISCRITTI	€ 418.509,00		€ 418.509,00	€ 474.956,72	€ 390.141,83	€ 84.814,89	€ 56.447,72
QUOTE	NUOVI ISCRITTI	€ 10.330,00		€ 10.330,00	€ 9.193,70	€ 9.193,70		-€ 1.136,30
QUOTE	ARRETRATE ISCRITTI	€ 46.180,00		€ 46.180,00				-€ 46.180,00
TOTALE ENTRATE CONTRIBUTIVE		€ 475.019,00		€ 475.019,00	€ 484.150,42	€ 399.335,53	€ 84.814,89	€ 9.131,42
DISTINTIVI E BOLLI AUTO								
DISTINTIVI E BOLLI AUTO		€ 150,00		€ 150,00	€ 15,00	€ 15,00		-€ 135,00
TOTALE ENT. DIST. E BOLLI AUTO		€ 150,00		€ 150,00	€ 15,00	€ 15,00		-€ 135,00
INTERESSI ATTIVI								
INTERESSI BANCARI		€ 500,00		€ 500,00	€ 950,70	€ 950,70		€ 450,70
INTERESSI SU RUOLI ESATTORIALI					€ 3.479,15	€ 3.479,15		€ 3.479,15
TOTALE INTERESSI ATTIVI		€ 500,00		€ 500,00	€ 4.429,85	€ 4.429,85		€ 3.929,85
ENTRATE DIVERSE								
CONTRIBUTO ATTIVITA' FORMATIVA		€ 3.000,00		€ 3.000,00	€ 7.247,44	€ 7.247,44		€ 4.247,44
ENTRATE VARIE		€ 2.000,00		€ 2.000,00	€ 3.804,84	€ 3.804,84		€ 1.804,84
BONUS ASSICURAZIONE		€ 4.000,00		€ 4.000,00	€ 4.723,44	€ 4.723,44		
TOTALE ENTRATE DIVERSE		€ 9.000,00		€ 9.000,00	€ 15.775,72	€ 15.775,72		€ 6.775,72
TOTALE TITOLO I - ENTRATE CORRENTI		€ 484.669,00		€ 484.669,00	€ 504.370,99	€ 419.556,10	€ 84.814,89	-€ 19.701,99

CONTO DEL BILANCIO - RENDICONTO FINANZIARIO GESTIONALE**ENTRATE**

GESTIONE DI COMPETENZA							
	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE			
	INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	ACCERTATE	INCASSATE	DA INCASSARE	
TITOLO II	ENTRATE IN CONTO CAPITALE						
TOTALE ENTRATE IN CONTO CAPITALE							
TITOLO III	PARTITE DI GIRO						
ENTRATE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO							
POLIZZA ASSICURATIVA	€ 155.000,00		€ 155.000,00	€ 176.226,00	€ 149.592,00	€ 26.634,00	€ 21.226,00
RITENUTE E CONTRIBUTI	€ 30.000,00		€ 30.000,00	€ 39.488,00	€ 38.009,74	€ 1.478,26	€ 9.488,00
TOT. ENTRATE AVENTI NATURA DI PART. DI GIRO	€ 185.000,00		€ 185.000,00	€ 215.714,00	€ 187.601,74	€ 28.112,26	€ 30.714,00
TOTALE TITOLO III - ENTR. AVENTI NAT. PART.DI GIRO	€ 185.000,00		€ 185.000,00	€ 215.714,00	€ 187.601,74	€ 28.112,26	€ 30.714,00
TOTALE ENTRATE COMPLESSIVE	€ 669.669,00		€ 669.669,00	€ 720.084,99	€ 607.157,84	€ 112.927,15	€ 50.415,99
UTILIZZO DELL'AVANZO DI AMMINISTRAZIONE INIZIALE	€ 52.051,50		€ 52.051,50				
TOTALE ENTRATE GENERALE	€ 721.720,50		€ 721.720,50	€ 720.084,99	€ 607.157,84	€ 112.927,15	€ 50.415,99

CONTO DEL BILANCIO - RENDICONTO FINANZIARIO GESTIONALE

USCITE

TITOLO I <i>USCITE CORRENTI</i>		PREVISIONI			SOMME ACCERTATE			
		INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	ACCERTATE	PAGATE	DA PAGARE	SCOSTAMENTO
SPESE GENERALI FUNZIONAMENTO SEDE								
LUCE ACQUA PULIZIE SPAZZ.		€ 10.000,00		€ 10.000,00	€ 7.592,17	€ 6.947,21	€ 644,96	€ 2.407,83
CANCELLERIA E STAMPATI		€ 2.500,00		€ 2.500,00	€ 2.269,54	€ 2.269,54		€ 230,46
SPESE POSTALI + PT POSTEL		€ 19.000,00		€ 19.000,00	€ 16.182,16	€ 16.182,16		€ 2.817,84
ASSICURAZIONE SEDE		€ 500,00		€ 500,00	€ 232,00	€ 232,00		€ 268,00
SPESE BANCARIE E C/C POSTALI		€ 5.000,00		€ 5.000,00	€ 2.087,81	€ 1.482,81	€ 605,00	€ 2.912,19
AFFITTO E SPESE CONDOMINIALI		€ 30.000,00		€ 30.000,00	€ 28.908,79	€ 28.908,79		€ 1.091,21
SPESE TELEFONICHE, FAX, INTERNET		€ 13.000,00		€ 13.000,00	€ 12.588,09	€ 11.006,09	€ 1.582,00	€ 411,91
IMPOSTE E TASSE								
SPESE DI TRASPORTO E SPOSTAMENTO		€ 250,00		€ 250,00				€ 250,00
BIBLIOTECA E ABBONAMENTI		€ 1.000,00		€ 1.000,00	€ 350,00	€ 350,00		€ 650,00
SPESE VARIE		€ 3.000,00		€ 3.000,00	€ 2.883,29	€ 2.883,29		€ 116,71
SPESE PER ESAZIONE QUOTE EQUITALIA		€ 24.000,00		€ 24.000,00	€ 23.944,13	€ 23.944,13		€ 55,87
TOTALE SPESE GEN. FUNZIONAM. SEDE		€ 108.250,00		€ 108.250,00	€ 97.037,98	€ 94.206,02	€ 2.831,96	€ 11.212,02
SPESE DEL PERSONALE E CONSULENTI								
STIPENDI E ONERI RIFLESSI		€ 75.000,00		€ 75.000,00	€ 52.775,89	€ 50.942,89	€ 1.833,00	€ 22.224,11
UFFICIO LEGALE		€ 13.000,00		€ 13.000,00	€ 7.019,20	€ 3.244,00	€ 3.775,20	€ 5.980,80
CONSULENZA CONTABILE E AMMINISTRATIVA		€ 8.000,00		€ 8.000,00	€ 7.791,84	€ 7.791,84		€ 208,16
CONSULENZA PROFESSIONALE E STAMPA		€ 4.000,00		€ 4.000,00				€ 4.000,00
FORMAZIONE DEL PERSONALE		€ 1.000,00		€ 1.000,00				€ 1.000,00
ONERI PREVIDENZIALI DEI COLLABORATORI								
FONDO INCENTIVAZIONI		€ 2.500,00		€ 2.500,00				€ 2.500,00
TOTALE SPESE DEL PERS. E CONSULENTI		€ 103.500,00		€ 103.500,00	€ 67.586,93	€ 61.978,73	€ 5.608,20	€ 35.913,07

CONTO DEL BILANCIO - RENDICONTO FINANZIARIO GESTIONALE

USCITE

TITOLO I	USCITE CORRENTI	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE					
		INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	ACCERTATE	PAGATE	DA PAGARE	SCOSTAMENTO		
ATTIVITA' COLLEGIO										
PROGETTO INFERMIERE (RIVISTA)	€	18.000,00		€	18.000,00	€	7.965,76	€	10.034,24	
PORTALE IPASVI (SITO INTERNET)	€	2.500,00		€	2.500,00	€	1.222,60	€	1.277,40	
SPESE DI RAPPRESENTANZA										
PROGETTI OBIETTIVO	€	97.500,00		€	97.500,00	€	47.338,64	€	50.161,36	
SEMINARI DI STUDIO	€	3.000,00		€	3.000,00				€	3.000,00
ASSEMBLEA	€	500,00		€	500,00				€	500,00
COORD. COLLEGI LIGURI	€	1.000,00		€	1.000,00	€	310,00	€	690,00	
INIZ. PROM. 12 MAGGIO	€	15.000,00		€	15.000,00	€	8.563,78	€	6.436,22	
RAPPORTI ISTITUZIONALI	€	500,00		€	500,00				€	500,00
QUOTE FEDERAZIONE	€	80.000,00		€	80.000,00	€	76.804,56	€	3.195,44	
RIMBORSI RCT	€	1.000,00		€	1.000,00	€	529,00	€	471,00	
L. 81/2008	€	1.000,00		€	1.000,00	€	435,60	€	564,40	
TOTALE	ATTIVITA' COLLEGIO	€	220.000,00		€	220.000,00	€	143.169,94	€	76.830,06
SPESE ORGANI COLLEGIO										
GETTONI TRASFERTE E INDENNITA' DI FUNZ. ISTIT.	€	38.000,00		€	38.000,00	€	37.625,22	€	374,78	
RIMBORSI SPESE	€	10.000,00		€	10.000,00	€	4.100,00	€	5.900,00	
CONSIGLIO NAZIONALE	€	5.000,00		€	5.000,00	€	813,04	€	4.186,96	
ASSICURAZIONE ORGANI STATUTARI	€	1.000,00		€	1.000,00				€	1.000,00
ONERI	€	16.800,00		€	16.800,00	€	10.526,01	€	6.273,99	
TOTALE	SPESE ORGANI COLLEGIO	€	70.800,00		€	70.800,00	€	53.064,27	€	17.735,73
CONTRIBUTI DIVERSI										
CONTRIBUTI DIVERSI E VARIE	€	500,00		€	500,00	€	238,07	€	261,93	
BOLLI TESSERE DISTINTIVI	€	300,00		€	300,00				€	300,00
TOTALE	CONTRIBUTI DIVERSI	€	800,00		€	800,00	€	238,07	€	561,93
ACCANTONAMENTI										
ACCANTONAMENTO TFR	€	4.000,00		€	4.000,00	€	3.673,77	€	326,23	
ACCANTONAMENTO IRAP	€	6.000,00		€	6.000,00				€	6.000,00
TOTALE	ACCANTONAMENTI	€	10.000,00		€	10.000,00	€	3.673,77	€	6.326,23
USCITE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI										
FONDO SPESE IMPREVISTE	€	15.370,50		€	15.370,50				€	15.370,50
TOTALE	USCITE NON CLASSIF. IN ALTRE VOCI	€	15.370,50		€	15.370,50			€	15.370,50
TOTALE	TITOLO I USCITE CORRENTI	€	528.720,50		€	528.720,50	€	364.770,96	€	163.949,54

CONTO DEL BILANCIO - RENDICONTO FINANZIARIO GESTIONALE

USCITE

TITOLO II	USCITE IN CONTO CAPITALE	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE			
		INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	ACCERTATE	PAGATE	DA PAGARE	SCOSTAMENTO
USCITE IN CONTO CAPITALE								
MANUTENZIONI E RIPARAZIONI		€ 2.000,00		€ 2.000,00	€ 1.895,99	€ 1.895,99		-€ 104,01
ATTREZZATURE INFORMATICHE		€ 4.000,00		€ 4.000,00	€ 3.072,52	€ 3.072,52		-€ 927,48
MOBILI E ARREDO		€ 2.000,00		€ 2.000,00				-€ 2.000,00
TOTALE	USCITE IN CONTO CAPITALE	€ 8.000,00		€ 8.000,00	€ 4.968,51	€ 4.968,51		-€ 3.031,49
TOTALE	TITOLO II - USCITE IN C. CAPITALE	€ 8.000,00		€ 8.000,00	€ 4.968,51	€ 4.968,51		-€ 3.031,49
TITOLO III	PARTITE DI GIRO	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE			SCOSTAMENTO
		INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	ACCERTATE	PAGATE	DA PAGARE	
USCITE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO								
RITENUTE E CONTRIBUTI		€ 30.000,00		€ 30.000,00	€ 39.488,00	€ 38.009,74	€ 1.478,26	€ 9.488,00
POLIZZA ASSICURATIVA		€ 155.000,00		€ 155.000,00	€ 176.226,00	€ 176.226,00		€ 21.226,00
TOTALE	USC. AVENTI NAT. DI PART. DI GIRO	€ 185.000,00		€ 185.000,00	€ 215.714,00	€ 214.235,74	€ 1.478,26	€ 30.714,00
TOTALE	TITOLO III - USCITE IN PART. DI GIRO	€ 185.000,00		€ 185.000,00	€ 215.714,00	€ 214.235,74	€ 1.478,26	€ 30.714,00
TOTALE USCITE COMPLESSIVE		€ 721.720,50		€ 721.720,50	€ 585.453,47	€ 560.532,90	€ 24.920,57	-€ 136.267,03
TOTALE GENERALE		€ 721.720,50						

CONTO DEL BILANCIO - RENDICONTO FINANZIARIO GESTIONALE

CONTO DEL BILANCIO -RENDICONTO FINANZIARIO GESTIONALE - ENTRATE							
		GESTIONE DEI RESIDUI ATTIVI					
		INIZIALI	VARIAZIONI	RISCOSSI	DA RISCOUTERE	RESIDUI FINALI	
		QUOTE ISCRITTI	€ 227.890,51		€ 31.612,82	€ 84.814,89	€ 281.092,58
		ENTRATE DIVERSE	€ 22.974,00				€ 22.974,00
		TOTALE TITOLO I ENTRATE CORRENTI	€ 250.864,51		€ 31.612,82	€ 84.814,89	€ 304.066,58
		TITOLO II ENTRATE IN CONTO CAPITALE					
		TOTALE TITOLO II ENTRATE IN CONTO CAPITALE					
		TITOLO III PARTITE DI GIRO					
		RITENUTE ASSICURAZIONE	€ 4.894,48		€ 4.894,48	€ 1.478,26	€ 1.478,26
			20.976,00		20.976,00	26.634,00	26.634,00
		TOTALE TITOLO III PARTITE DI GIRO	€ 25.870,48		€ 25.870,48	€ 28.112,26	€ 28.112,26
TOTALE ENTRATE GENERALE		€ 276.734,99		€ 57.483,30	€ 112.927,15	€ 332.178,84	
N.B. LE CATEGORIE ED I CAPITOLI NON RIPORTATI HANNO VALORE ZERO							

CONTO DEL BILANCIO - RENDICONTO FINANZIARIO GESTIONALE

TITOLO I USCITE CORRENTI	GESTIONE DEI RESIDUI PASSIVI				
	INIZIALI	VARIAZIONI	PAGATI	DA PAGARE	FINALI
SPESE GENERALI FUNZIONAMENTO SEDE					
SPESE BANCARIE			€ 605,00	€ 605,00	
LUCE ACQUA PULIZIE SPAZZ.	€ 122,72		€ 122,72	€ 644,96	€ 644,96
SPESE TELEFONICHE, FAX, INTERNET	€ 1.627,02		€ 1.627,02	€ 1.582,00	€ 1.582,00
SPESE POSTALI	€ 2.400,00		€ 2.400,00		
CANCELLERIA E STAMPATI	€ 2.028,00				€ 2.028,00
SPESE DEL PERSONALE E CONSULENTI					
STIPENDI E ONERI RIFLESSI	€ 574,09		€ 574,09	€ 1.833,00	€ 1.833,00
CONSULENZA E STAMPA	€ 3.244,80		€ 3.244,80	€ 3.775,20	€ 3.775,20
UFFICIO LEGALE					
CONSULENZA CONTABILE					
ATTIVITA' COLLEGIO					
SITO INTERNET	€ 208,00		€ 208,00	€ 314,60	€ 314,60
PROGETTO INFERMIERE (RIVISTA)	€ 5.505,36		€ 5.505,36		
PROGETTI OBIETTIVO	€ 1.000,00		€ 1.000,00	€ 8.122,68	€ 8.122,68
QUOTE FEDERAZIONE					
GETTONI TRASFERTE E IND. DI FUNZ. ISTITUZIONALI	€ 7.901,80		€ 7.901,80	€ 2.891,10	€ 2.891,10
CONTRIBUTI DIVERSI					
RITENUTE E CONTRIBUTI	€ 4.894,48		€ 4.894,48	€ 1.478,26	€ 1.478,26
ASSICURAZIONE	€ 47.610,00	€ 26.633,75	€ 47.610,00		
ACCANTONAMENTI					
ACCANTONAMENTO TFR	€ 29.649,51			€ 3.673,77	€ 33.323,28
ACCANTONAMENTO IRAP	€ 6.382,00		€ 2.582,00		€ 3.800,00
USCITE IN CONTO CAPITALE					
MANUTENZIONE	€ 198,00		€ 198,00		

N. B. I TITOLI LE CATEGORIE ED I CAPITOLI NON RIPORTATI HANNO VALORE ZERO

TOTALE USCITE COMPLESSIVE	€ 113.345,78	€ 26.633,75	€ 77.868,27	€ 24.920,57	€ 60.398,08
---------------------------	--------------	-------------	-------------	-------------	-------------



CONTO DEL BILANCIO - RENDICONTO FINANZIARIO GESTIONALE

CONTO DEL BILANCIO - RENDICONTO FINANZIARIO GESTIONALE							
ENTRATE	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE			SCOSTAMENTO
	INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	ACCERTATE	INCASSATE	DA INCASSARE	
TOTALE TITOLO I ENTRATE CORRENTI	€ 484.669,00		€ 484.669,00	€ 504.370,99	€ 419.556,10	€ 84.814,89	€ 19.701,99
TOTALE TITOLO II ENTRATE IN CONTO CAPITALE							
TOTALE TITOLO III ENTRATE PER PARTITE DI GIRO	€ 185.000,00		€ 185.000,00	€ 215.714,00	€ 187.601,74	€ 28.112,26	€ 30.714,00
AVANZO DI AMMINISTRAZIONE INIZIALE	€ 52.051,50		€ 52.051,50				
TOTALE ENTRATE GENERALE	€ 721.720,50		€ 721.720,50	€ 720.084,99	€ 607.157,84	€ 112.927,15	€ 50.415,99

USCITE	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE			SCOSTAMENTO
	INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	ACCERTATE	PAGATE	DA PAGARE	
TOTALE TITOLO I USCITE CORRENTI	€ 528.720,50		€ 528.720,50	€ 364.770,96	€ 341.328,65	€ 23.442,31	-€ 163.949,54
TOTALE TITOLO II USCITE IN CONTO CAPITALE	€ 8.000,00		€ 8.000,00	€ 4.968,51	€ 4.968,51		-€ 3.031,49
TOTALE TITOLO III USCITE PER PARTITE DI GIRO	€ 185.000,00		€ 185.000,00	€ 215.714,00	€ 214.235,74	€ 1.478,26	€ 30.714,00
TOTALE USCITE GENERALE	€ 721.720,50		€ 721.720,50	€ 585.453,47	€ 560.532,90	€ 24.920,57	-€ 136.267,03

Slalom delle tristezze

di **Daniele D'Angiolillo**

Dure le notti al lavoro, alcune dinamiche possono essere comprese solo da chi, professionista infermiere, le svolge da anni. Lo slalom delle tristezze funziona come antidoto alla sofferenza e alla morte.

Eccomi nuovamente al lavoro..., turno di notte!

Un nuovo paziente nella seconda stanza, il signor Rabalaj, un uomo di 60 anni, albanese, non parla una parola di italiano.

Diagnosi: mieloma multiplo, verrà sottoposto a chemio-immunoterapia nei prossimi giorni. E' magro, basso ed ha gli zigomi pronunciati. Indossa un pigiama blu di flanella, troppo pesante per la stagione in corso e forse anche un po' troppo largo per la sua stazza. I colleghi smontanti hanno riportato in consegna che è un graduato dell'esercito albanese, in pensione.

Qualche mese fa ha iniziato ad avere forti dolori alla schiena, stanchezza, ripetuti episodi febbrili ed anemia. Era in Italia a trovare il figlio, è finito al pronto soccorso ed ora è ricoverato qui.

"Buona sera... signor Rabalaj?!" Lo guardo interrogativo, aspettandomi di avere ceffato in pieno la pronuncia.

Lui pare completamente disinteressato alla cosa. Si sarà abituato a sentirsi storpiare il cognome. Mi guarda, sorride, fa il gesto di abbracciarsi, si sprema e guarda in alto: "Shtun shtun..."

Non capisco, sorrido anch'io, magari shtun è un improprio in albanese, però l'ometto è simpatico. Arrivo al suo comodino dove hanno predisposto una traduzione simultanea di frasi d'uso comune e glielo indico. Lui sorride, dice qualche parola per me incomprensibile, io colgo "shtun shtun...", bah!

Tiro fuori lo sfigmomanometro e lui capisce al volo, misuriamo la pressione. "120/80..., good..., bene, bene...", faccio ok con la mano, lui sorride e mi dà una pacca sulla spalla. Continua a fare il gesto di abbracciarsi e mima un tremolio.... Penso: -...avrà freddo?!-

Guardo il termostato in stanza..., 23 gradi! In

effetti indosso la divisa con le maniche corte e proprio non ho freddo. Avrò la febbre? Gli mostro il termometro ed in inglese maccheronico sparo un "termomether for you?!"

Scuote la testa, ripete un paio di volte "no, no!". Mi prende per un braccio e mi conduce in bagno, dice qualche parola rapida dal significato a me ignoto e indica il rubinetto. Mi sembra di capire, apro l'acqua calda ed esce fredda. Fa sì con la testa... Faccio segno con l'orologio (voglio indicargli di tenere l'acqua aperta ed aspettare alcuni minuti che si scaldi), il miracolo avviene... un paio di minuti e l'acqua sgorga calda. Evviva! Sorride con riconoscenza: "mire,... faleminderit...". Esco dalla stanza fiero, problem solving assolto, sono un infermiere efficiente!

La vita dei reparti ospedalieri è routinaria. La notte non sfugge a questa logica. Si inizia con un bel caffè inframezzato da qualche campanello che richiama al lavoro, si prosegue con la distribuzione della terapia e l'assistenza ai malati. Di solito se tutto scorre liscio, dopo mezzanotte si spera in un minimo di tranquillità.

Speranza mal riposta visto che alle 00,47 circa, si sente un urlo di donna, poi un pianto disperato ed a seguire il suono a ripetizione del campanello. Nella sub-intensiva c'è un decesso. Era un uomo di 59 anni in fin di vita, un "terminale" in frasario diciamo tecnico. Che brutta sensazione il corpo senza vita, a sacco, inerte e spento. E' terribile come la moglie non riesca a distaccarsi. Gli carezza la mano, gliela stringe, lo guarda con tenerezza e si aggrappa a lui con forza. La donna ha il volto sconvolto, le rughe del dolore violentano il suo viso, deturpandone senza pietà i lineamenti.

Lacrime scendono dai suoi occhi e gemiti dalla labbra, lo stringe e bacia. Mi allontanano per

chiamare il medico, all'altro capo del filo risponde una voce femminile ed acuta che con tono incerto accoglie le mie spiegazioni e si appresta a raggiungerci per constatare l'avvenuto decesso.

Rientro nella stanza con le colleghe, c'è imbarazzo, tristezza e rassegnazione, c'è stanchezza e voglia di andare in cucina per pensare ad altro. Ci trasmettiamo questa miscela di sensazioni con sguardi ed occhiate. Guardando il cadavere e gli occhi devastati della consorte, penso che fare da Caronte sia un brutto mestiere, ma in quel momento la dignità ed il coraggio di ciò che facciamo ci dà la forza di continuare. Entra il medico, la "dottoressa specializzanda" di guardia. Giovane, bassina, un po' tracagnotta, spalle larghe e volto da ragazzina, con tanto di acne sul viso e chewingum fra i denti.

E' uno dei suoi primi turni di guardia notturni, non lo dice ma è evidente. Invitiamo la moglie del defunto ad uscire dalla stanza e spieghiamo la situazione e l'accaduto alla giovane dottoressa che ci tiene a precisare con tono severo ed esasperatamente professionale: "ho già consultato la cartella..., so tutto!"

Penso: "beata lei, già sa, è portatrice di scienza infusa e certezze indotte".

Ci scherza su, forse per darsi forza... : "se doveva morire, meglio ora..., più tardi... mi avreste svegliata".

Tira fuori un taccuino rosso pieno di appunti dalla tasca della divisa ed inizia a sfogliarlo. Si sofferma su una pagina, la rilegge un paio di volte e richiude, riponendolo nuovamente al suo posto. Sputa la gomma, la accartocchia, si guarda intorno e la butta in un cestino. Poi si lava le mani nel lavabo, si avvicina al paziente ed indossando il fonendo, constata l'assenza di battito e respiro. Fa rientrare la donna in lutto e le parla a bassa voce.

In evidente imbarazzo, le porge la mano e con essa le condoglianze.

La donna in lacrime ringrazia e guarda la dottoressa con infinita tenerezza, forse comprendendone il disagio dovuto all'inesperienza ed alla giovane età. Si inginocchia al letto del marito e continua il suo pianto ininterrotto, avvinghiandosi al corpo senza vita di quello che è stato, complice e sodale, passione e conforto, amante ed amico di una vita scelta e vissuta insieme....

La dottoressa si congeda dalla donna ed esce dalla stanza, ha gli occhi tristi e molte meno certezze di prima!

Mi fa pena, avrà 26 anni e si trova nella condizione di certificare con tanto di timbro e firma, che è finita, proprio finita. Chi lavora per la vita, con difficoltà accetta la morte, ed ogni volta in qualche modo, la percepisce

come una sconfitta. Noi insieme a lei, in un silenzio spettrale, percorriamo il corridoio ed arriviamo in infermeria. Compiliamo moduli, segnaliamo il decesso, tutto in uno spreco di formalismi che rendono la morte niente più che una prassi.

Finita la burocrazia, la dottoressa bambina si allontana. Qualche passo, trae un elastico dalla tasca e con quello si sistema i capelli. Ci saluta sommessamente mentre si infila un altro chewingum tra i denti.

Sistema il taccuino degli appunti, giocherella col fonendo, e rispondendo allo squillo del cellulare di servizio con voce vigorosa, recupera finalmente sicurezza e ruolo: "pronto... medico di guardia...!", completando così il suo singolare slalom della tristezza. La vediamo dileguarsi rapidamente senza dubbi né incertezze, dopo aver superato a suo modo la dura prova del dolore.

Procediamo alla sistemazione della salma, la moglie dell'uomo deceduto, vuole aiutare. Rimango con lei, rimuovo il catetere, poi l'accesso venoso, sistemiamo la salma. Lei mi racconta: "era un uomo forte, vigoroso, pieno di iniziative e progetti..."

Continua a piangere parlandomi di lui, singhiozza, si asciuga le lacrime con un fazzoletto. Gli stringe il viso fra le mani e continua: "risparmiava..., per il figlio che neppure si degnava di venire..., per la nostra vecchiaia...". Il suo pianto si unisce ad un ghigno ironico...: "per la vecchiaia..., capisce..., gli hanno fatto diagnosi sei mesi fa..., neanche 60 anni..., Dio...!"

Mi avvicino a lei, francamente non ho parole, capisco la sua rabbia ed è giusto che si sfoghi. Passano alcuni minuti, che vivo con tristezza ed imbarazzo. La donna capisce, mi carezza il viso, è più tranquilla, si scusa con me per la disperazione, come se disperarsi non fosse un comportamento civile. Le stringo la mano cercando di darle coraggio, e con lo stesso gesto cerco di trarre forza per proseguire. Nel frattempo arriva "la carolina", la barella che preleva i pazienti deceduti. E' particolare perchè è una specie di pre-cassa da morto, il defunto viene sistemato sulla lettiga che si richiude come un sarcofago.

Ancora condoglianze alla moglie, che ci abbraccia e ringrazia. Noi speriamo in un miglior prosieguo...

Ti rimane un vuoto dopo ogni decesso, una strana sensazione, un misto di disagio-tristezza-pauraliberazione. Di notte siamo tre in turno, da qualche anno lavoro con Sara e Mara. Il reparto sembra tranquillo, i campanelli sono in silenzio da quasi mezz'ora. Intanto si sono fatte le 3. Siamo in cucina, l'angolo degli infermieri, la zona franca nella quale ci si sfoga,

e rigenera.

Vogliamo toglierci di dosso questo brutto alone di morte e l'occasione è quella giusta, si festeggia il compleanno di Mara, torta ed ingresso con sorpresa, BRRINDISI!!!

Si commuove, quegli occhietti piccoli e dolci con poche ciglia si inumidiscono e vibrano. Baci ed ancora brindisi.

Sara, l'altra collega, mi abbraccia: *"come stai Fra, ho sentito che è riapparsa la tua ex... Miriana"*.

Azz..., un crocchio allo stomaco, ero sereno, non ci pensavo..., abbozzo un sorriso, la mia interlocutrice è una ragazza di cuore e una cara amica, di certo non voleva mettermi in imbarazzo: *"sì, sì, rediviva e con tanto di pancia..."*. Un mega punto interrogativo in compagnia di uno esclamativo, compare sul cranio delle mie colleghe.

Mara: *"ehm..., in cinta?!"*

Io: *"pare che sia mio!"*

Tutti e tre in coro: *"son cazzi!"*

Io: *"cazzi amari!"*

Trinchiamo di un colpo una coppa di pinot, ci guardiamo spaesati e si cambia discorso. Parliamo di Cinema, Mara è un'appassionata cinefila, spara a raffica con occhi lucenti e voce sicura, una decina di titoli che non ho mai sentito, contrattacco con la mia fanteria, la commedia all'italiana, mitraglio con "matrimonio e "divorzio all'italiana" e bombardo con un must: "una vita difficile". Quando nomino Sordi mi alzo in piedi in segno di rispetto.

Sara sorride di gusto dietro a questo giochetto di citazioni, Mara mi racconta di un film bellissimo, io mi appunto il titolo e faccio mio il suo entusiasmo ed il suo splendido sorriso. Poi e non si sa bene come e perché, forse per il decesso di poco prima o forse perché al lavoro bisogna parlare di lavoro, si inizia a ricordare il passato, ci si immerge nelle rievocazioni pessime, nei casi più tristi..., quelli che non si dimenticano, *"ti ricordi la Veronica, neanche 20 anni... cazzo, 1 su 10... 1 su 10 muore con quella diagnosi. E lei è morta..., e in che modo..., con quali allucinanti sofferenze..."* - a seguire bestemmie varie.

"E Carmen, te la ricordi? il marito ci ha creduto fino all'ultimo...".

"La settimana scorsa ho incontrato la madre di Manuel, te lo ricordi, quello di Spezia...?! Mi ha ringraziato ancora di tutto...".

"E Fabrizio, in remissione completa, lo ha stroncato l'epatite. Cazzo, era grigio, giallo, verde, come si fa...".

Intervengo deciso a far smettere questo stillicidio ed indico la strada, lo "slalom delle tristezze", ovvero quella tecnica inconsapevole per la quale spesso i dialoghi degli infermieri, appaiono volutamente cinici e carichi di tema-

tiche sessuali.

E' una maschera, è un modo per riempire con forza il cervello di altro, di qualcosa che funzioni da antidoto:

"Ahhh, basta, parliamo di sesso, politica, accaniamoci con i medici, con la capo sala, ma basta con i casi umani, con il governo!!!"

Interviene Mara: *"siiii, ho la news: esco con uno, un senegalese"*

Esclamo: *"Grande!"*

"Tutto vero quello che si dice sulle dimensioni artistiche dei senegalesi???"

Risata generale, e conferma sulle considerevoli dimensioni.

In coro io e Sara: *"come una mela..., ti apre come una mela...!!!"*

"Immaginatelo con la capo sala, la Gisella, la vedrei bene in abiti succinti, in pelle, con frustino e tacchi a spillo a dare ordini..., ah, ah..., magari col mandingo si rasserenano un poco... ah, ah, ah,".

Interviene Mara: *"non dispiacerebbe neanche al boss, con tutta la r moscia..., magari scopre velleità erotiche alternative... ah, ah, ah, terapia urto anti-razzista..., ah, ah, ah."*

Finalmente si sorride, si mangia la torta e BRRINDISI!!!!...

Può sembrare infantile e forse lo è, ma lo slalom delle tristezze funziona come antidoto alla sofferenza e alla morte.

Le 7.15 arriveranno..., poi tutti a casa.

NOTA DELL'AUTORE: Il racconto qui contenuto è di pura fantasia. Ogni riferimento a fatti e persone reali è puramente casuale ed involontario.

Si racconta prendendo spunto da ciò che si conosce, ma la storia ed i suoi personaggi sono elaborati dalla fantasia dell'autore.

"Slalom delle tristezze" è parte del manoscritto ...*"come il Bruschi".... di Daniele D'Angiolillo.*



Inferno eritreo fuggire è d'obbligo

di **Roberto Sobrino** I. P.

L'Eritrea è un sogno di libertà infranto troppo prematuramente. Una lotta di liberazione troppo lunga un vicino ingombrante senza sbocchi sul mare.

Ultima tra gli stati dell'Africa ad ottenere l'indipendenza nel 1993, Asmara la capitale è una terra martoriata da un regime militare, dove il partito è unico, il giornale è unico, così come il pensiero.

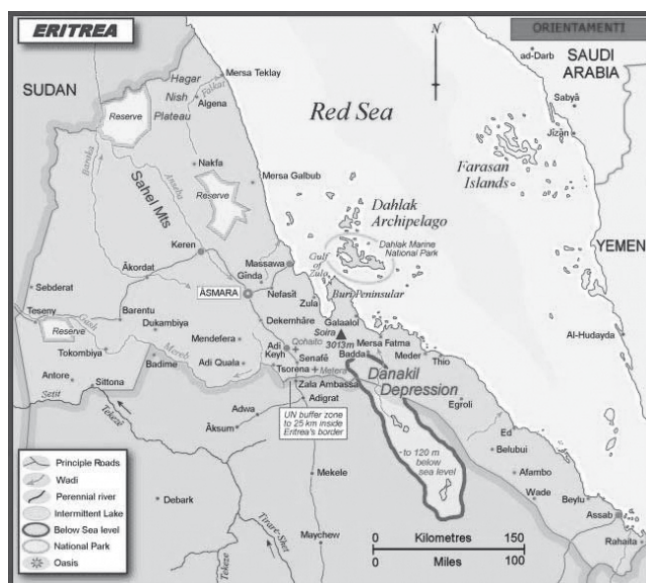
Il presidente Isaias Afewerki, a capo del fronte di liberazione del popolo eritreo e poi impossessatosi della poltrona presidenziale, aveva promesso libere elezioni nel 1997.

Gli eritrei ancora stanno aspettando. Hanno assistito inerti alla chiusura della stampa indipendente nel 2001, poi c'è il servizio militare obbligatorio per tutti, uomini e donne, la cui durata può essere estesa dai comandi militari pena il carcere e la tortura. L'economia di carta straccia dei Nekfa, dal nome delle montagne dove si rifugiavano gli eritrei durante la guerra d'indipendenza e che sono state anche scontro con gli italiani, va sempre più a picco. Indipendente, ma isolato dal mondo, l'Eritrea è divenuta una terra dove tutti vogliono fuggire.

Nel 1890 l'Eritrea venne dichiarata colonia italiana un re annoiato cercava territori oltremare, non proprio l'ideale diceva ma di meglio sulla mappa non c'era.

Poi venne la seconda guerra mondiale, piazzale Loreto e l'Eritrea divenne protettorato inglese nel 1941.

Poi con l'imperatore etiope Haile Selassie, nacque una federazione e l'eritrea scomparve annessa all'Etiopia. Cominciò così una lunga guerra di liberazione nazionale, uomini e donne imbracciarono le armi per lottare contro l'invasore. A guidare la rivolta c'era un giovane ragazzo futuro primo (e sinora unico) presidente Isaias Aferwerki.



L'indipendenza arrivò nel 1991 e finalmente la comunità internazionale riconobbe l'esistenza di un popolo che per oltre un secolo aveva lottato per la propria indipendenza.

Il sole splendeva, ma ancora non per molto. Gli eroi divennero i nuovi oppressori, il partito unico, le opposizioni messe in carcere o costretti all'esilio. La politica estera militaristica ha portato dopo decenni di lotta con la vicina Etiopia il paese al collasso dove l'unica via d'uscita è la fuga dal proprio paese.

Migliaia di giovani uomini e donne lasciano ormai da anni parenti e genitori per cercare un futuro migliore per loro stessi ma anche per tutti gli altri nel silenzio assordante del mondo.

Dopo i respingimenti e i blocchi umanitari nel mediterraneo le rotte per fuggire dal proprio paese sono cambiate e arrivare in Europa è diventato ancora più pericoloso. Con l'associazione GANDHI negli ultimi anni

ci siamo recati diverse volte nel vicino Egitto soprattutto al confine con Israele, dove le milizie locali uccidono centinaia di profughi provenienti dall'Eritrea, altri catturati e rinchiusi in fatiscenti prigioni altri infine utilizzati per alimentare il traffico illegale di organi umani.

Portare l'attenzione su questo dramma ormai è diventato prioritario. Associazioni umanitarie, testate giornalistiche, fondazioni si stanno mobilitando ma ancora con scarsi risultati.

Anche il parlamento europeo tramite l'alto commissariato delle Nazioni Unite si sta occupando in questo periodo con diverse iniziative di questa tragedia umana con l'obiettivo di bloccarne il seguito.

Nelle carceri egiziane le violenze su minori, le torture, le umiliazioni corporali e psicologiche per non parlare degli stupri alle donne sono praticamente all'ordine del giorno.

Ad aggravare già la complicata situazione, nella zona del Sinai, anche a causa dell'ancora instabile situazione che perversa l'intero Egitto, bande di criminali beduine in piena libertà sequestrano soprattutto eritrei ma non solo, per utilizzarli come merce

di scambio nello sporco traffico illegale di esseri umani e di organi.

In questo momento ci sono ancora un numero imprecisato di prigionieri nelle mani di questi assassini che continuano imperterriti i loro ignobili affari.

L'associazione GANDHI in accordo con il governo etiope negli ultimi anni ha garantito a circa 500 profughi eritrei richiedenti asilo politico un rimpatrio sicuro nella vicina Etiopia. Attualmente anche dalle prigioni egiziane ogni mese possono uscire decine di persone.

L'appello è sempre questo: aiutare in ogni modo queste persone, denunciare senza paura queste atrocità, informare più persone possibili con ogni mezzo, ormai questa tragedia coinvolge molti, troppi paesi.

Un grazie speciale al nostro collegio nella persona di Carmelo Gagliano che si è sempre dimostrato disponibile e sensibile a queste problematiche, e a tutti i colleghi che ci aiuteranno in qualunque modo.

Per ulteriori informazioni potete consultare il sito www.Asefasc.it o lasciare un vostro recapito al collegio IPASVI di Genova.



Posta elettronica e PEC

di **Marcello Del Papa**

La tecnologia elettronica ed informatica in generale, in questi ultimi anni hanno fatto passi da gigante consentendo praticamente a tutti di poter gestire contatti e relazioni con persone che si trovano fisicamente in località anche molto distanti tra loro (vedi Internet, world wide web ecc).

Il riferimento è ovviamente rivolto alla nuova modalità di comunicazione che le caselle di posta elettronica rendono possibile.

Oggi con pochi click del mouse e la pazienza di alcuni secondi possiamo condividere con un numero infinito di destinatari documenti in formato digitale, immagini, video e quant'altro.

Dalla propria casella di posta elettronica si possono inviare messaggi che non hanno una valenza legale definita; per meglio dire, i gestori delle infrastrutture digitali non certificano alcuni passaggi con proprie ricevute aventi valore legale.

Si è ovviato a questo "inconveniente" in due modi:

1. Col riconoscimento normativo il cui avvio è del 2005, con il licenziamento del DPR 11 Febbraio 2005, n.68 "Regolamento recante disposizioni per l'utilizzo della posta elettronica certificata, a norma dell'articolo 27 della Legge 16 Gennaio 2003, n. 3" (seguiranno a questo provvedimento altri dispositivi per meglio normare la materia);
2. con la creazione di uno standard di sicurezza nella trasmissione e ricezione che riesce ad **equiparare** il valore legale di una mail certificata a quello di una **raccomandata con ricevuta di ritorno**. I gestori infatti certificano la spedizione (avvenuta ad una certa ora), la ricezione (avvenuta ad una certa ora) ed il contenuto del messaggio (non modificato in alcun modo durante i "passaggi");

Tutto questo è sinonimo di Posta Elettronica Certificata o PEC.

Il requisito che consente di dare valore legale alle comunicazioni è che entrambi i soggetti (mittente e destinatario) dispongano della casella di posta certificata.

Riporto queste poche e semplificate informazioni in questo numero della rivista perché i professionisti iscritti ad Albi ed Ordini professionali, in ragione di una recente legge (L. 28 Gennaio 2009, n. 2 "Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto Legge 29 Novembre 2008, n. 185, art 16 comma 7) sono tenuti a comunicare all'Ente di iscrizione (Collegio IPASVI, nel caso degli Infermieri) il proprio indirizzo di Posta Elettronica Certificata (termine perentorio per la comunicazione: Novembre 2009!)

Normalmente un cittadino che voglia attivare una casella PEC ha la possibilità di farlo a titolo oneroso affidandosi ai vari gestori di posta presenti sul mercato e accreditati presso il CNIPA (Centro Nazionale per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione, oggi definito DigitPa), o a titolo gratuito usufruendo della casella che il Governo mette a disposizione dei cittadini italiani.

Nel primo caso è possibile inviare mail come se si trattasse di una casella "semplice" e quindi tra soggetti certificati e non, o con la pubblica amministrazione nelle più svariate combinazioni.

Nel secondo caso invece la casella è fornita per un utilizzo unidirezionale: dal cittadino alla Pubblica amministrazione (leggi il Collegio per richiedere un certificato di iscrizione, per es) o viceversa; comunque non possibile tra singoli cittadini "certificati"; le Aziende sanitarie del SSN si sono dovute dotare di una casella PEC per cui le comunicazioni formali che i dipendenti tengono normalmente con invio di raccomandate possono essere sostituite da questa nuova modalità comunicativa.

Sul sito del Collegio già da alcune settimane abbiamo predisposto una pagina strutturata ad hoc con un tutorial ad immagini per guidare nell'attivazione della casella PEC **gratuita**

fornita dal Governo in collaborazione con Poste Italiane.

I passaggi che prevede la procedura sono sostanzialmente due:

uno di attivazione online (richiesto un documento identificativo al momento della compilazione per riportare sul form di iscrizione i dati corretti presenti sullo stesso); un secondo di attivazione presso un ufficio postale.

Piuttosto che indicarvi gli indirizzi da digitare preferiamo indicare la strada che consente di raggiungere il sito per l'attivazione:

1. Aprire un browser web e raggiungere la home page del sito del Collegio IPASVI di Genova
2. Nel menù blu scuro in alto nella pagina troverete PEC Posta Elettronica Certificata. Cliccateci sopra e si aprirà la relativa pagina.
3. Al di sotto del breve testo che dettaglia le fasi della procedura di richiesta troverete *Cliccare qui per aprire la pagina PEC del Governo*. Cliccate e si aprirà la pagina di richiesta di attivazione della casella.
4. A questo punto mantenendo aperte le due pagine (quella del Governo e quella del Collegio) seguite le indicazioni che

forniamo con il semplice tutorial ad immagini.

5. Conclusa la richiesta di attivazione ricercare, inserendo il CAP più vicino a voi, l'ufficio postale abilitato. Infatti trascorse almeno 24 ore dalla conclusione della richiesta sarà possibile recarsi presso un qualsiasi ufficio postale abilitato, con il documento di identità utilizzato per la richiesta (e la stampa, se effettuata dei dati riepilogativi) e concludere l'attivazione.
6. Inviare prima possibile al Collegio (a questo indirizzo **genova@ipasvi.legalmail.it**) una mail dalla nuova casella attivata per comunicare il proprio indirizzo PEC.

Per chi fosse interessato a valutare i vantaggi che la PEC offre, sul sito del Collegio (dalla home page cliccare su Archivio news in alto a sinistra nel menù in verticale) alla data del 14 Settembre 2010 troverà la Circolare n 12/2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica che chiarisce alcuni aspetti legati alla modalità di presentazione della domanda di ammissione ai concorsi pubblici indetti dalle amministrazioni ed in particolare la valenza della PEC in questi casi (indirizzo della circolare: <http://www.genova.ipasvi.it/doc/FP12.pdf>)



Introduzione al corso di meditazione Sahaja Yoga

di **Roberto Sobrino** I. P.

"Abbiate fiducia negli altri. Parlate ad ognuno con un cuore aperto. Perché dubitate? Se non dubitaste di voi stessi non dubitereste degli altri. Che stanno cercando di portarvi via? Che cosa possedete? Nessuno può portarvi via il naso gli occhi o altro. Abbiate un cuore pulito e aperto come quello di un bambino."

Shri Mataji Nirmala Devi

All'interno di ogni essere umano troviamo un sistema cosiddetto "sottile" composto da centri energetici chiamati Chakra e da canali denominati Nadi che si prendono cura della nostra dimensione spirituale, mentale, emotiva e fisica.

Alla base della colonna vertebrale, nell'osso sacro, risiede l'energia spirituale più sottile detta Kundalini, che nella maggior parte dei casi si trova in uno stato dormiente. Il risveglio della kundalini, o realizzazione del Sè, è da sempre l'obiettivo di tutte le scuole di Yoga e di tutte le tradizioni spirituali. Questo evento ha luogo quando la Kundalini passa attraverso sei Chakra e

fuoriesce dall'osso della fontanella ove si unisce con l'energia onnipervadente, portando la persona a raggiungere lo stato di Yoga, che significa unione.

Si tratta di un processo vivente, che avviene in modo naturale e spontaneo, e che può essere verificato sotto forma di



una brezza fresca che fluisce dalla sommità del capo e dalle mani. Tutti lo possono sentire e verificare su se stessi. L'energia materna Kundalini, nella sua ascesa nutre e purifica il nostro corpo sottile, riportandolo in uno stato di buon funzionamento. I benefici si percepiscono sia a livello emotivo che fisico con un miglioramento complessivo della nostra salute.

Questo metodo si chiama Sahaja Yoga ed è stato creato da una donna straordinaria che ha dedicato la propria vita alla sua diffusione. In maniera del tutto disinteressata, ha girato il mondo, incontrando tutti i popoli, senza distinzione alcuna, al solo scopo di trasmettere i propri insegnamenti, a tutti coloro che desideravano imparare, come vivere in pace e in armonia grazie al raggiungimento della conoscenza di se stessi e della coscienza collettiva, entrambe indispensabili per una vita equilibrata e per l'unione dei popoli.

Il suo nome è **Shri Mataji Nirmala Devi** nata a Chindwara in India il 21 marzo 1921. Dal 1970 ininterrottamente e gratuitamente ha portato questo messaggio di amore e di compassione fino al 2011 anno in cui sfortunatamente ha dovuto lasciarci. Chi l'ha incontrata anche una sola volta porta con se un ricordo indelebile.

Ella esortava chiunque a trasmettere questo messaggio di pace e di amore per il proprio bene ma anche per un bene comune, più collettivo, universale. Da molti anni organizziamo programmi pubblici per far conoscere questo metodo.

Abbiamo così pensato di proporre alcuni incontri anche presso il nostro collegio IPASVI di Genova allo scopo di presentare in maniera semplice e armonica questa tecnica moderna ma allo stesso tempo antichissima.

La vita di oggi è piena di stress e difficoltà piccole o grosse, anche in ambi-

to lavorativo spesso ci scontriamo con colleghi o problematiche di varia natura che inevitabilmente appesantiscono sempre più il nostro fisico.

La parola Sahaja significa spontaneo, mentre la parola Yoga significa unione e questo processo avviene senza alcuno sforzo come tutto avviene in natura, innato come un seme che poi germoglia. Attraverso semplici tecniche Sahaja Yoga permette di rimuovere lo stress, acquisire pace e benessere, ritrovare la gioia di vivere ma anche un silenzio mentale. Vedrete, non è necessario avere conoscenze antiche e particolari e nemmeno assumere posizioni complesse tanto è vero che persino i bambini e anziani di tutte le età possono imparare molto facilmente. Non è richiesto denaro per una conoscenza di natura così intima.

Come diceva Shri Mataji *"Dio non comprende il denaro non si può pagare per qualche cosa che è dentro di noi e che non desidera altro che essere risvegliato dopo tutto quale prezzo abbiamo pagato per nascere?"*

Vi aspettiamo quindi numerosi nel mese di settembre presso la sede del nostro collegio al solito indirizzo convinti che potremmo aiutarci tutti assieme per scoprire che vivere in pace con noi stessi e con gli altri è non solo possibile ma che è un nostro diritto.

Al momento della pubblicazione della rivista le date non sono ancora state confermate ma sarà nostra premura informarvi appena possibile.

Info ai numeri:
347 4657206 – 349 5263576



Formazione e organizzazione: un connubio inscindibile

a cura di

Salvatore Ruggiero

Responsabile Commissione Formazione Programmazione ed attivazione eventi formativi Collegio IPASVI di Genova.

Marcello Del Papa

Responsabile Commissione Internet Point e Biblioteca Collegio IPASVI di Genova.

La "Direttiva sulla Formazione e la Valorizzazione del Personale delle Pubbliche Amministrazioni" emanata nel 2001 dal Ministro per la Funzione Pubblica (GU n° 26 del 31 gennaio 2002) afferma che la "formazione è una dimensione costante e fondamentale del lavoro e uno strumento essenziale nella gestione delle risorse umane". Tutte le organizzazioni, per gestire il cambiamento e garantire un'elevata qualità dei servizi, devono fondarsi sulla conoscenza e sulle competenze. Devono, pertanto, assicurare il diritto alla formazione permanente, attraverso una pianificazione e una programmazione delle attività formative.

In queste affermazioni si fa riferimento a due concetti importanti: 1) la necessità di inserire la formazione nell'ambito della gestione delle risorse umane; 2) le conoscenze e le competenze sono la garanzia della qualità dei servizi.

Se la competenza è un "sapere agito", diventa irrinunciabile il connubio tra formazione ed organizzazione.

CREDITI FORMATIVI: DIRITTI E DOVERI

Come individuato dal decreto del Ministro della salute 19 giugno 2006 (GU n° 162 del 14 luglio 2006), nel sistema di formazione continua un ruolo di particolare significato è rivestito dagli Ordini, Collegi, Associazioni professionali e dalle rispettive Federazioni. Questi rivestono il ruolo di garante della professione e di certificatori della formazione continua.

Nel triennio 2011/2013, il debito complessivo dei crediti è pari a 150 (50 crediti annui, minimo 25, massimo 75). Per tutti i professionisti sanitari è prevista la possibilità di riportare fino a 45 crediti dal triennio precedente e per quanto riguarda la Formazione a Distanza (FAD) è consentito conseguire sino ad un max del 60% dei crediti ECM previsti per l'anno di riferimento.

In considerazione di tali obblighi questo Collegio IPASVI continua a proporre ai propri Iscritti eventi formativi presso la propria sede.

Piano formativo secondo semestre 2012 Collegio IPASVI di Genova

In questo numero troverete i 20 nuovi corsi che la commissione formazione programmazione ed attivazione eventi formativi ha selezionato dai 41 pervenuti. Gli abstract dei corsi possono essere consultati sul sito del Collegio IPASVI www.genova.ipasvi.it, cliccando in alto a destra nella home page alla voce FORMAZIONE

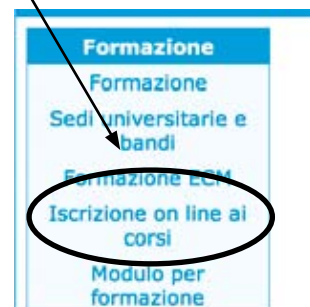
PROCEDURA PER ISCRIZIONE E PAGAMENTO (NOVITÀ)

Di seguito viene dettagliata la procedura di iscrizione e pagamento anticipato della quota, novità quest'ultima, introdotta col II semestre formativo 2012:

Come di consueto cliccare su "Formazione" nel menù in blu scuro in



alto a destra, nella home page del sito; quindi cliccare su "Iscrizione online" ai corsi nel menù che si apre in alto a sinistra (questa procedura rispetto a prima non è cambiata)



Una volta scelto il corso con posti disponibili cliccare su "Richiedi l'iscrizione al corso" e compilare tutti i dati richiesti in maniera corretta così da poter ricevere le informazioni riguardanti il corso attraverso il cellulare e/o e-mail.

Se non si dispone di indirizzo e-mail il consiglio è quello di recarsi presso la Segreteria del Collegio per poter realizzare l'iscrizione in sede con la collaborazione delle impiegate.

Una volta compilato con i dati essenziali il form e premuto il bottone "Invia", si riceverà al proprio indirizzo una mail di conferma dei dati di iscrizione al corso (mail di **pre-iscrizione**) contenente il titolo del corso a cui si è preiscritti, il numero del corso (ciascuno ne ha uno univoco) e un link web per confermare il pagamento.

Il pagamento deve essere effettuato **entro massimo 6 giorni** dal ricevimento **della mail di pre-iscrizione** recandosi presso la segreteria del Collegio o tramite versamento on-line.

Il pagamento on-line può avvenire attraverso una delle seguenti modalità:

- 1) Effettuare il pagamento con bonifico bancario (IBAN del Collegio IPASVI di Genova: IT 87 Z 0306 901 402 100

000 300 001) versando l'importo che trovate nel form di iscrizione (€ 15 o € 10) ed indicando nella causale titolo del corso e numero di corso).

- 2) Effettuare una ricarica della Carta Postepay (**numero Postepay e intestatario sono presenti nella mail di pre-iscrizione**); specificare nella causale titolo del corso e numero di corso).
- 3) Effettuare il pagamento con PayPal (questa modalità è stata pensata per chi effettua abitualmente acquisti in rete e dispone di un conto o di una carta PayPal); se si sceglie questa modalità di pagamento:
 - i) si clicca sul link ricevuto nella mail di *pre-iscrizione*,
 - ii) nella pagina che si apre cliccare sul bottone PayPal e seguire la consueta procedura PayPal.
 - iii) Qualora non si effettuasse immediatamente il versamento tornare al punto i) della procedura.

Effettuato il pagamento è necessario cliccare sul link che si trova nella mail di preiscrizione ed inserire i dati di pagamento:

- a) modalità (bonifico, Postepay o PayPal),
- b) data di pagamento,
- c) eventuale Cro fornito dalla propria banca relativamente al bonifico,
- d) codice autorizzativo a 8 cifre presente nella mail di preiscrizione.

Avvertenza importante:

cliccare su "Invia" solo quando si è effettuato il versamento e si hanno a disposizione i dati riepilogativi, il sistema infatti non permette di riaprire questa pagina una seconda volta; una

mail di *conferma iscrizione* verrà inviata al proprio indirizzo di posta elettronica a perfezionamento della procedura.

Segnaliamo che una volta trascorsi inderogabilmente 6 giorni dall'invio della mail di preiscrizione senza aver effettuato il versamento con le varie modalità indicate, **si perde la posizione in graduatoria di iscrizione** e l'utente successivo subentra nella lista d'attesa.

Bibliografia

- Bergamaschi M. "L'organizzazione nelle aziende sanitarie" 2002 McGraw Hill.
- Decreto del Ministro della salute 19 giugno 2006.
- Decreto legge 13 agosto 2011, n 138.
- Direttiva sulla Formazione e la Valorizzazione del Personale delle Pubbliche. Amministrazione 13/12/2001 Ministro per la Funzione Pubblica.
- Gazzetta Ufficiale n° 26 del 31 gennaio 2002.
- Gazzetta Ufficiale n° 188 del 13 agosto 2011.
- Morgan G. Lemetafore dell'organizzazione. 2010 5° Ed. Franco Angeli.
- Linee guida per i Manuali di accreditamento dei provider. Roma, 8 ottobre 2010.

Le storie che ci piacciono

Vogliamo segnalarVi una lodevole iniziativa per mano di colleghi che ritengono non debba mai passare in secondo piano la nostra storia così da poter rafforzare il futuro e renderlo, se possibile migliore.

Un gruppo di colleghi hanno creato il Comitato per il IV Centenario della morte di San Camillo de Lellis, patrono degli infermi, degli infermieri e degli ospedali. Nell'ambito delle celebrazioni per questo importante evento, che già sono cominciate e che culmineranno nell'anno giubilare 2013/2014, hanno pensato ad alcune iniziative specifiche che coinvolgano in modo diretto il mondo della salute e quindi gli infermieri. Già dal Congresso di Bologna si è iniziata una collaborazione sia con l'ufficio stampa della Federazione che con alcuni Collegi. In particolare, nel corso dell'ultimo Sanit a Roma sono state realizzate e pubblicate interviste e video a infermieri iscritti all'IPA-SVI dal titolo "Le storie che ci piacciono". Le esperienze di vita raccontate, le parole autentiche e sentite di dedizione ai malati, i "mi piace" che hanno riscosso questi video, hanno così colpito al punto di far nascere l'idea e il progetto di raccogliere anche altre testimonianze attraverso la pagina facebook, in un concorso per l'estate. L'obiettivo di questo progetto è quindi orientato ad avere una larga partecipazione, perché al di là del concorso in sé e dei premi in palio, questa ci sembra un'ottima opportunità per far conoscere meglio la professione infermieristica e il suo grande valore. Infatti si è deciso anche di raccogliere le storie più belle e più votate in un libro, con la prefazione di un famoso personaggio pubblico, che verrà presentato al prossimo Congresso Sanit.

Al fine di rendere tutto ciò realizzabile Vi chiediamo di partecipare collegandovi alla pagina **www.facebook.com/camillodelellis.org** e partecipare al concorso con testimonianze, lasciando un

breve pensiero scritto su come ha cambiato la nostra vita assistere gli infermi. Per ogni eventuale e ulteriore chiarimento si possono prendere contatti con

Floriana Taurelli
Ufficio Comunicazione
Per le Attività del IV Centenario
Tel.+39 06.899.281.17
Fax +39 06.899.281.33

www.camillodelellis.org
facebook:
www.facebook.com/camillodelellis.org
twitter: @San_Camillo



PIANO FORMATIVO - II° SEMESTRE 2012

Alleghiamo l'elenco dei corsi accreditati ECM che **potranno essere prenotati da tutti gli iscritti in regola con il pagamento delle quote di iscrizione**

TASSATIVAMENTE A PARTIRE DAL GIORNO 24/09/2012

presso gli uffici del Collegio in Via SS. Giacomo e Filippo 19/7 - 4°/p.
dal lunedì al venerdì 10,00 – 12,30 e il lunedì e mercoledì dalle 14,30 – 16,00.

E' possibile iscriversi agli eventi formativi e consultare i programmi in modalità ON-LINE attraverso il sito www.genova.ipasvi.it; per le modalità, cliccare in alto a destra nella home page del sito la voce **FORMAZIONE** ed in alto a sinistra apparirà la dicitura "iscrizione corsi on-line", proseguire inserendo tutti i dati richiesti.

Per la partecipazione a ciascun evento è chiesto un contributo a titolo di rimborso spese da effettuarsi anticipatamente con una delle nuove 4 forme di pagamento (i riferimenti al format d'iscrizione corsi on-line).

Informazioni possono essere richieste ai referenti Progetto Rete
Ruggiero Salvatore 345/5771185 - Fiorenza Antonio 348/837716

Data	Titolo	Cred	Orario	Luogo	€.
01/03	Genova in F.A.D. (formazione a distanza on-line) Progetto formativo dal titolo: <u>Accoglienza, cura e dimissioni: comportamenti terapeutici.</u>	6	On-line	On-line	10.00
28/09	Scale di valutazione infermieristica in relazione ad alcuni aspetti di vita.	6	08.30 17.00	Sede IPASVI	15.00
29/09	Le infezioni in ortopedia e traumatologia: metodologie di lavoro e opinioni a confronto.	3	08.00 12.30	Grandi Navi Veloci - Suprema	gratis
02/10	La ricerca infermieristica: si può fare?	7	08.30 17.00	Sede IPASVI	15.00
05/10	La dipendenza da sostanze: nuove problematiche e criticità gestionali.	6	08.30 17.00	Sede IPASVI	15.00
10/10	ALCOL 2012: La nuova "ADDICTION" - CONGRESSO -	4	09.00 16.00	Vedi sito IPASVI	gratis
11e12/10	Comunicazione ecologica per gli infermieri: dalla negatività vissuta alla negatività gestita. Coinvolgere, attivare ed aiutare in corsia.	15	14.00 18.00 08.30 18.00	Sede IPASVI	15.00
19/10	L'infermiere facilitatore: negoziazione e comunicazione ecologica "corso avanzato"	8	08.30 17.30	Sede IPASVI	15.00
23/10	La morte e il morire nella nostra società (L'ascolto è d'oro il silenzio è raro).	7	08.30 17.00	Sede IPASVI	15.00
30/10	"La gestione del dolore post operatorio".	4	13.30 18.00	Sede IPASVI	10.00
07/11	Kitchen in care. Seminario psico-gastronomico.	8	09.00 17.00	COOP Liguria	15.00
08/11	L'applicabilità del Codice Deontologico nell'agire professionale.	4	13.30 17.00	Sede IPASVI	10.00
09/11	"Dolore e demenza" nell'anziano: conoscenze e responsabilità infermieristiche.	4	08.30 13.00	Sede IPASVI	10.00
14/11	La comunicazione efficace in un'organizzazione sanitaria.	7	09.00 17.00	Sede IPASVI	15.00
16/11	Lo sviluppo psicologico dalla prima infanzia alla pre-adolescenza.	7	09.00 17.00	Sede IPASVI	15.00
21/11	La terapia sostitutiva renale in area critica.	3	13.30 17.30	Sede IPASVI	10.00
22/11	Ruoli professionali e personale di supporto: quale integrazione.	7	08.30 17.30	Sede IPASVI	15.00
04/12	Il modello delle competenze infermieristiche.	6	08.30 17.30	Sede IPASVI	15.00
05/12	Protezione Civile e Coordinamento Infermieri Volontari: responsabilità dell'infermiere nella gestione delle grandi emergenze sanitarie.	8	08.30 17.00	Sede IPASVI	15.00
06/12	"La lettera infermieristica di dimissione".	4	13.30 17.30	Sede IPASVI	10.00
12/12	Kitchen in care. Seminario psico-gastronomico.	8	09.00 17.00	COOP Liguria	15.00
14/12	La responsabilità professionale e il miglioramento della qualità assistenziale nella gestione delle lesioni da pressione.	7	08.30 17.00	Sede IPASVI	15.00